

84.
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

“GLANDULAS
SALIVALES”

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
María Elena Flores Gutiérrez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION	1 - 2
CAPITULO I	
EMBRIOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES ...	2 - 3
CAPITULO II	
ANATOMIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES.	
Glándula Parótida	3
Glándula Submaxilar	4
Glándula Sublingual	5 - 6
Glándulas Salivales Menores	7
CAPITULO III	
PATOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES	
Sialadenitis Aguda	8 - 9-10
Sialadenitis Crónica	10-11-
Sialolitiasis	12
Sialoangiectasia	13
CAPITULO IV	
QUISTES DE RETENCION	
Mucocele	13
Ránula	14
CAPITULO V	
TUMORES BENIGNOS DE LAS GLANDULAS - SALIVALES	14-15-16

Adenoma Pleomórfico	17-18-19
Adenoma Monomórfico	20-21
Adenoma Cnalicular	21-22
Cistadenoma Papilar Linfamatoso	22-23
Adenoma Oxifílico	23
Miocpitelioma	24
Lesión Linfoepitelial Benigna.....	25-26-27
Enfermedad de Mikulicz	27
Síndrome de Sjogren	28-29-30

CAPITULO VI

TUMORES MALIGNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Adenoma Pleomórfico Maligno	31
Carcinoma Adenoide quístico	32-33-34
Carcinoma de Celulas Acinicas	34-35-36
Carcinoma Mucocpidermoide	36-37-38-39
Carcinoma de Celulas Claras	40-41
Carcinoma Epidermoide	41-42
Sialometaplasia Necrotizante	42-43

CAPITULO VII

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Historia	44
Forma de Iniciación	45
Rapidéz de Crecimiento	45
Estados Asociados	46
Exámen Físico	46-47
Localización de la Lesión	48-49
Consistencia de la Lesión	50-51
Valoración Radioquímica	51-52

CAPITULO VIII

CUATRO INVESTIGACIONES EN DIVERSOS PAISES (REALIZADA POR VARIOS MEDICOS CIENTIFICOS)

1.- Linfoma Primitivo de las Glándulas -- Salivales Informe de Casos Y Revisión de la Literatura	53-58
2.- Tumores de la Glandula Submaxilar ..	59-68
3.- Prevalencia de Tumores Orales y - - Alteraciones en Glandulas Salivales - y Amígdalas ; Revisión de Informes -- Quirúrgicos	69-81
4.- Tumores de las Glandulas Salivales -- Menores Intraorales ; Un Estudio - - Demográfico e Histológico de 426 - -- casos	81-90
BIBLIOGRAFIA	90-91

I N T R O D U C C I O N

Las glándulas salivales se consideran junto con las amígdalas como anexos de la boca, son glándulas exócrinas que tienen como función principal la secreción de la saliva. El producto de secreción de las glándulas mucosas es viscoso, contiene gran cantidad de mucina y contiene amilasa, la ptilina. El producto de secreción de las serosas (parótida) es fluido, casi no contiene mucina pero es cuatro veces más rico en hialina. Las glándulas salivales secretan continuamente saliva; la cantidad segregada en estas condiciones sería de 15cc por hora, pero por medio de estímulos adecuados puede aumentar extraordinariamente y con gran rapidez en las 24 horas del día la cantidad de saliva segregada oscila entre 600 y 1500cc. Puede aumentar la secreción salival por medio de estímulos térmicos (calor ó frío), mecánicos (masticación de arena, paráfina, etc.) y productos químicos llamados sialogogos. El flujo salival aumenta cuando por cualquier motivo aumenta la acidéz de la sangre.

Las funciones de la saliva son muy importantes, entre las que tenemos :

- 1.- Diluir los alimentos y lubricarlos, favoreciendo la formación del bolo alimenticio al que rodea una capa lubricante que facilita su deglución, además ayuda a la masticación.
- 2.- Acción sobre la gustación. La saliva al disolver los alimentos sólidos favorece la gustación.
- 3.- Acción lubricante de las mucosas. La saliva lubrica las mucosas de la boca facilitando así la masticación y la fonación; por otra parte protege a los dientes limpiándolos de detritus alimenticios.

4.- **Función Digestiva.** Por su contenido de ptialina - que desdobra el almidón y glucógeno hasta el estado de maltosa y aunque la permanencia del bolo en la boca es corta donde la hiliana apenas puede - - ejercer su acción, el bolo empapado de saliva permanece durante algún tiempo en el estómago antes de ser penetrado por el jugo gástrico y es durante ese tiempo que la saliva ejerce su acción - hidrolítica.

QUÍMICAMENTE :

La saliva humana mixta es una solución diluida que contiene alrededor de 0.2% de sustancias inorgánicas y 0.5% de sustancias orgánicas. La porción inorgánica esta formada por Iones de Potasio y Fósforo; también se encuentran los siguientes elementos en condiciones apreciables: Cloro, Sodio, Magnesio, Calcio y Azufre; la mayor proporción de contenido orgánico lo - representa la Mucina. Además contiene en menor proporción albúmina, globulina, amilasa, colesterol, úrea, - ácido úrico, creatinina. La maltosa y el amoniaco se - encuentran en cantidades variables.

EMBRIOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES:

Como brotes macizos del epitelio, con extremos en forma de masa que se abren paso en el mesodermo subyacente, tiene lugar la formación de las glándulas salivales, durante la vida fetal.

En el crecimiento gradual el esbozo glandular prolifera distalmente formando cordones celulares.

La porción más distal forma al alveólo es decir, el elemento funcional de la glándula. Los cordones son primero macizos y posteriormente se ahuecan - para formar conductos y alveólos. Durante la cuarta - semana de vida intraúterina aparece el esbozo de las -

glándula parótida, primero como una proliferación --
epitelial en forma de repiza en el ángulo formado --
por la apófisis maxilar y el arco mandibular; el pri-
mer esbozo de la submaxilar aparece en la sexta sema-
na y el de la sublingual mayor durante la octava o -
novena semana, teniendo su origen en proliferación -
similares situadas en el ángulo mesial de la depre- -
sión existente entre la lengua y el arco mandibular, -
(surco lingual). Las glándulas menores surgen como -
proliferaciones independientes en la región al veolo-
lingual en relación con el surco lingual existente en
el borde lateral de los pliegos linguales. Los lóbu-
los accesorios y secundarios de las glándulas peróti-
das y submaxilares se hacen visibles durante la octava
a novena semana como proliferaciones que brotan de
los cordones de las glándulas respectivas. Todos los
elementos de los grupos sublinguales más pequeños así
como de los glosopalatinos y palatinos se desarrollan
a partir del epitelio bucal primitivo. Las glándulas-
linguales anteriores se notan desde el primer momento
de la décima semana. Comienza en forma de prolifera-
ciones epiteliales situadas en la superficie central-
cerca de la punta de la lengua, ambos lados de la lí-
nea media. El desarrollo de las glándulas labiales -
tienen lugar simultáneamente con las linguales ante-
rior.

GLANDULAS SALIVALES :

Las glándulas salivales pueden dividirse pa-
ra su descripción en mayores y menores. Las glándulas
salivales menores son las glándulas pequeñas y grupos
de las mismas en paladar, y mucosa del carrillo y -
piso de la boca que secretan principalmente moco.

ANATOMIA :

GLANDULA PAROTIDA :

La parótida es una glándula par, bilobular, - serosa sobrepuesta al músculo masetero. Se extiende - hacia arriba hasta el conducto auditivo y hacia abajo - hasta el borde inferior de la mandíbula, frecuentemen - te más allá del mismo. Por su parte posterior se plie - ga sobre si misma alrededor del borde posterior de la mandíbula, y por su parte anterior se extiende dentro - de la bola adiposa de Bichat, en la cual se desprende su conducto excretor. Dentro de la substancia adiposa, generalmente existe un pequeño lóbulo de la glándula - que se rija al conducto. El lóbulo superficial y el - lóbulo profundo están unidos por un istmo en el borde - posterior de la glándula.

La porción motriz del nervio facial emerge de el agujero estilomastoideo y pasa por fuera y por - delante del istmo, en donde se divide en dos ramas -- principales. Estas ramas pasan por encima y por debajo del istmo entre los lóbulos, ramificándose y volviendo a reunirse a lo largo de su curso. Por lo tanto, el - nervio facial se encuentra colocado profundamente con - relación al lóbulo superficial de la parótida, y pasa - entre los lóbulos y no por el parénquima glándular. - Basandose en esto, es posible extirpar el lóbulo super - ficial sin seccionar el nervio.

El conducto parotideo ó de Stenon, se despreñ - de en la parte anterior e interna de la glándula, a lo largo del borde externo del músculo masetero y se - dobla en ángulo recto alrededor del borde anterior del mismo músculo. Después atravieza el músculo buccina -- dor y la mucosa bucal y desemboca a nivel del cuello - del segundo molar superior, en una pequeña carúncula. Por lo tanto, una porción del conducto que varía entre 1.5 y 3 cm., es accesible desde la boca, la disección,

atravéz de la boca después de la curvatura en ángulo -
recto en el borde anterior del músculo masetero es bas
tante difícil, implica cierto riesgo, ya que hay porci^ones
del nervio facial a este nivel.

GLANDULA SUBMAXILAR :

La submaxilar es una glándula par, serosa, -
que se encuentra en el espacio submaxilar. Se extiende
hacia abajo hasta el músculo digástrico, por su parte-
superior hasta el músculo milioideo, anteriormente -
hasta la mitad del cuerpo de la mandíbula y por su - -
parte superior hasta el ángulo del maxilar inferior. -
Se encuentra limitada hacia afuera por el borde inter-
no de la mandíbula, y hacia adentro por el músculo - -
hiogloso. En la parte inferior y externa está cubierta
por piel y músculo cutáneo del cuello.

A nivel del borde posterior del músculo milo-
hioideo, la glándula submaxilar se dirige hacia arriba
y hacia adelante, penetrando en el espacio submaxilar-
y emitiendo su conducto excretor o de Wharton, este -
tiene dirección anterosuperior, entra en el espacio -
sublingual y se abre dentro de la boca, por debajo de
la porción anterior de la lengua, en una carúncula la-
teral al frenillo lingual. El conducto sigue un trayect
o de afuera dentro y debajo arriba, cruzando por de-
bajo del nervio lingual a nivel del tercer molar y desg
pués por encima del nervio lingual a nivel del segundo
molar. Por lo tanto, en una intervención intabucal para
extirpar un cálculo, el nervio lingual podrá encontrar-
se por encima del conducto en la parte posterior, y por
debajo de él, o no encontrarse del todo en la porción -
que comprende del segundo molar hacia adelante.

La arteria maxilar externa de atrás y adentro-
de la glándula hacia arriba y por encima de la misma --
emerge del espacio submaxilar hacia el lado externo y -

se continúa en la cara a nivel del borde anterior del músculo masetero, por lo tanto, no se entrará en la incisión para extirpar la glándula, si no tendrá que identificarse por disección. Su situación suele ser indicada por la presencia de dos ganglios linfáticos, prevascular y retrovascular que están por encima de ella a nivel del borde inferior de la mandíbula. En la parte superior y profundamente en relación con estos ganglios se encuentra la rama mandibular marginal del nervio facial y por detrás de los ganglios se halla la vena facial como la vena facial está por fuera de la glándula, puede cortarse en la incisión y no puede dependerse de ella como punto de referencia una vez que se ha lesionado.

Exactamente por dentro del curso de la arteria maxilar externa, en el polo superior de la glándula y en el borde posterior del músculo milohioideo, se encuentran diversas conexiones del nervio lingual. El ganglio submaxilar se incluye en este plexo pero raramente se identifica durante la intervención. El nervio lingual puede identificarse por encima de estas conexiones, sigue una dirección anterointerna en el espacio sublingual, cerca del conducto de Warthon.

El nervio hipogloso y la vena cruzan la superficie externa del músculo hiogloso en la pared interna del lecho submaxilar. Se encuentran separados de la cápsula de la glándula por una delgada capa aponeurótica, a través de la cual pueden identificarse; por ello, no necesitan ser tocados. El nervio hipogloso y la vena sublingual, junto con el borde posterior del músculo milohioideo y la polea del músculo digástrico, forman un triángulo que tiene como piso al músculo hiogloso. Y separando las fibras del músculo hiogloso, en este punto, puede descubrirse la arteria lingual.

GLANDULA SUBLINGUAL :

La sublingual es una glándula par, mucosa, - que se encuentra en el espacio sublingual, por encima del músculo milohioideo, y en una línea paralela al - trayecto del conducto de Warton. Su punto de referencia es un puente llamado Plica Sublingual, que corre - en dirección anteroposterior en el piso de la boca. -- Secreta principalmente moco de una serie de pequeños - conductos cortos, los cuales varían en número de persona y rara vez participan en los trastornos de la submaxilar y la parótida. En ocasiones, hay glándulas que ocupan la posición anatómica de la glándula sublingual y se únen al conducto submaxilar y se abren dentro de él en vez de terminar en la boca.

GLANDULAS SALIVALES MENORES :

Se encuentran diseminadas en la membrana - - mucosa de la boca y son simplemente grupos de acinos - mucosos fijos a pequeños conductos que terminan en - - cavidad bucal. En ocasiones se encuentran agrupados, - como los situados debajo de la lengua, y sus conductos emergen en grandes números en áreas relativamente pequeñas. Estas glándulas son muy superficiales, y se - encuentran inmediatamente por debajo de la mucosa.

ANATOMIA MICROSCOPICA :

Microscópicamente, todas estas glándulas tienen constitución semejante, están compuestas de acinos mucosos, serosos ó combinaciones de ambos. La diferencia principal en determinado fragmento de tejido es el número relativo de acinos mucosos o serosos, la glándula parótida es casi por completo serosa.

Ya que las glándulas menores y las glándulas-sublinguales son sistemas muy sencillos, sus conductos excretores recubiertos de epitelio son pequeños y - -

cortos. Los sistemas de conductos de las glándulas -- parótidas y submaxilar están formados de una serie de conductos muy pequeños que drenan un sólo acino y se unen para formar conductos de mayor calibre. Estos drenan lóbulos y a su vez se unen al conducto excretorio principal en la boca. Por lo tanto si la distribución de los conductos se viera en su totalidad, semejaría un árbol sin hojas; la terminación de cada pequeña ramita sería un acino individual, las ramas más grandes los conductos interlobulares y el tronco el conducto excretor principal.

Los principales elementos tisulares vistos microscópicamente son : Epitelio Glandular representativo de la porción secretora de la glándula, Epitelio-Cuboide que reviste los conductos, compartimientos de tejido conectivo que dividen los lóbulos individuales y cápsula de tejido conectivo.

PATOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVALES .

ENFERMEDADES INFLAMATORIAS :

SIALADENITIS AGUDA :

Cualquier inflamación aguda de las glándulas salivales puede denominarse sialadenitis aguda. Sin embargo, en este caso, nos referimos a las adenopatías agudas inespecíficas que no guardan relación con otra alteración.

SINTOMAS :

La Tumefacción suele ser el comienzo rápido, aunque puede ser la fase aguda de un padecimiento crónico. La glándula se vuelve sensible y tensa, generalmente en un sólo lado y puede apreciarse púes en el orificio del conducto, o bien se extrae exprimiendo el sistema de conductos. La temperatura del paciente puede estar elevada, y el cuadro sanguíneo revelará la

la toxicidad relativa de la infección. Si no se tratan estas infecciones a veces se localizan debajo de la piel y requieren incisión y drenaje.

ETIOLOGIA :

Los frotis y los cultivos para determinar el organismo predominante revelan muy diversas bacterias, la mayoría de las cuales se encuentran normalmente en la cavidad bucal. Entre ellas se incluyen estreptococo salival, estreptococo verde, neumococo y estafilococos - piogénos dorado y blanco. En ocasiones se encuentran levaduras. Por lo tanto, no hay una causa específica ni un agente patógeno predominante. La estomatitis aguda rara vez tiene papel importante en el comienzo de estas alteraciones.

TRATAMIENTO :

En el tratamiento de estas infecciones es médico. Están indicados antibióticos o sulfonamidas para controlar infección aguda. Si puede obtenerse una muestra de pus es de gran ayuda un antibiograma. Al hacer el cultivo debe cuidarse de obtener secreciones del conducto y no muestras de la flora bucal.

Después de que ha cedido la fase aguda de la infección, o cuando el paciente se encuentra bajo un control adecuado con antibióticos, el conducto puede dilatarse con una sonda roma para favorecer el drenaje. Los sialogramas ayudan a estimar la causa y la magnitud del daño, y a menudo son útiles auxiliares terapéuticos, por el efecto antimicrobiano de las soluciones yodadas empleadas para hacerlos. La hidratación adecuada del paciente es de gran importancia así como el uso de sialogogos para aumentar el flujo salival y producir una acción de lavado que puede ser beneficiosa.

PRONOSTICO :

Una vez establecida, esta alteración tiende a recurrir. La enfermedad recurrente a menudo se torna crónica ó sub-aguda, y más adelante en el curso de la enfermedad, puede presentarse obstrucción de conductos o formación de cavidades en el parénquima glándular.

SIALADENITIS CRONICA :

Cualquiera de las infecciones de las glándulas salivales puede volverse crónica. Sin embargo, la enfermedad crónica es más frecuente detrás de una obstrucción que ha producido largos períodos de estasis. Esta alteración, los conductos se dilatan y ejercen presión contra la glándula adyacente. La obstrucción y la estasis aumentan la presión, y producen atrofia y fibrosis de la glándula. Esta se torna firme y dura, y puede estar dolorosa a la palpación o no estarlo, según la fase de alteración inflamatoria y el grado de cronicidad. Pueden aparecer abscesos y quistes en el parénquima y exigir drenaje, o bien permanecen durante años con una serie de remisiones y exacerbaciones. El tratamiento conservador, consiste en eliminar la obstrucción, dilatar el conducto y efectuar sialografía diagnóstica y terapéutica, puede curar la enfermedad. Desgraciadamente, la recidiva es frecuente y puede necesitar la extirpación quirúrgica de la glándula.

La sialadenitis crónica puede también presentarse después de anestesia general prolongada, debilitamiento general, neumonía u otras enfermedades que van acompañadas de fiebre elevada, o de cualquier otro factor que tienda a producir largos períodos de deshidratación; esto permite que las bacterias penetren y se desarrollen en el sistema de los conductos. La sialododisplasia resultante produce constricciones en el

conducto, estasis, dilatación e infección crónica, -
rebeldes al tratamiento.

ENFERMEDADES POR OBSTRUCCION :

SIALOLITIASIS :

La sucesión de fenómenos que conduce alteraciones inflamatorias crónicas, macroscópicas, de las glándulas salivales no se ha dilucidado cavamente. Sin embargo, está comprobado que uno de los factores más notables es la producción de cálculo salival o sialolito. La teoría más aceptada sobre la formación de sialolito es que alrededor y dentro de tapones blandos de moco, bacterias o células epiteliales descamadas, se acumulan sales minerales. Esta teoría parece estar bien fundada, pues algunos sialolitos son muy radiopacos y bien calificados, en tanto que otros son blandos de consistencia de caucho y no pueden demostrarse radiográficamente. Los sialolitos se presentan en gran variedad de tamaños y formas; ello indica que su desarrollo es progresivo después que se han alojado en el conducto. El sialolito inevitablemente causa estasis e infección del sistema de conductos, y produce las alteraciones descritas como sialadenitis crónica.

SINTOMAS :

La glándula afectada puede aumentar de volumen, especialmente durante los alimentos, y volverse tensa y dolorosa. La tumefacción y la hipersensibilidad pueden desaparecer sólo para recurrir más adelante. Puede verse pues en el orificio de la carúncula que puede estar inflamada; pueden obtenerse saliva turbia, o pus, por expresión de la glándula. El cálculo puede palparse por manipulación bimanual y quizá pueda moverse hacia arriba y hacia abajo en el conducto. El cálculo puede visualizarse por radiografía; la dilata-

ción en el sitio del cálculo y en el sistema de conductos se hará evidente en el sialograma.

TRATAMIENTO :

El tratamiento es quirúrgico. Generalmente el cálculo puede extirparse por vía intrabucal; sin embargo, la extirpación de la glándula puede estar indicada por daño extenso de la misma, o por recidiva de la enfermedad después de la remoción intrabucal del cálculo.

SIALOANGIECTASIA :

La palabra denota dilatación intensa de la glándula y su sistema de conducto, debido a estasis de la secreción salival ocasionada por obstrucción. La causa más frecuente es un sialolito, aunque puede depender de una simple constricción. Es relativamente frecuente una larga historia de infección crónica sin causa aparente, en casos con dilatación extensa de este tipo.

El pronóstico para estas glándulas es malo, ya que su evolución natural es la de ataques repetidos agudos que finalmente lleven a extirpar la glándula.

QUISTES DE RETENCION

MUCOCÉLES :

Los quistes mucosos o mucocéles resultan de la obstrucción de un conducto glandular y generalmente aparecen en el labio, carrillo y piso de la boca. Pueden también encontrarse en la porción anterior de la lengua donde las glándulas están localizadas en la superficie inferior. Son tumefacciones pequeñas, redondas translúcidas ovales; generalmente tienen color azulado y pueden confundirse con un hemangioma. El mucocéle es móvil y suele encontrarse inmediatamente

debajo de la mucosa. Algunas veces los mucocelos pueden perforarse accidentalmente o romperse espontáneamente, pero se forma de nuevo. El tratamiento de elección es la escisión completa. Si su remoción es incompleta - - tiende a reaparecer, pero no se conocen casos de malignización.

RANULA :

Una ránula, es un quiste que se forma en el - piso de la boca, generalmente de una glándula sublingual. La ránula se forma de una manera similar al - - mucocelo, pero adquiere un tamaño mayor.

Cuando llega a ser de tamaño grande, la - - mucosa se adelgaza y el quiste presenta un color azulado. Es una lesión no dolorosa, pero la lengua puede - ser levantada, lo que dificulta la masticación y la - fonación. La ránula puede perforarse cuando se traumatiza, escurriendo un líquido mucoso que se acumula de nuevo cuando sana la lesión.

El tamaño de la ránula no puede calcularse - por su aspecto dentro de la boca. Está tensa y fluctuante, pero se deprime a la presión. Pocas veces - - causa una tumefacción y rara vez se infecta. Es indolora y contiene un líquido mucoso. La ránula es mucho - más firme que el angioma, que se encuentra a veces en - el piso de la boca.

El mejor tratamiento es la cirugía en forma - de marsupialización

TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Los tumores de las glándulas salivales forman un grupo heterógeno de lesiones con gran variación - - morfológica y, por esta razón, presentan muchas dificultades para su clasificación. Hace poco, se habían -

realizado esfuerzos mínimos para estudiar los diversos tumores de las glándulas salivales intrabucales mayores o accesorias, para obtener un mayor entendimiento de su historia natural. Como éstos son relativamente poco frecuentes, los investigadores se encontraron en desventaja, debido al poco material que tenían para estudiar. Al publicarse varias series de casos y de tomarse serias decisiones, basadas en la experiencia clínica acumulada de dos años acerca de su naturaleza, se realizó un considerable progreso para ampliar nuestro conocimiento sobre dichas lesiones. Entre estos estudios están los de Evans y Cruickshank, los de Thackray y Lucas, y los de la Organización Mundial de la Salud.

Foote y Frazell fueron de los primeros investigadores que proporcionaron una clasificación útil de dichos tumores. Recientemente Spiro y colaboradores, Thackray y Sobin, y Batsakis propusieron varias clasificaciones de uso práctico que están basadas en la aplicación clínica o en los criterios histológicos o específicos. Sin embargo, Eversole propuso una clasificación histogénica de los tumores de las glándulas salivales, que mencionaban dos tipos celulares como los posibles agentes causales: la célula intercalada del conducto y las células de reserva del conducto excretorio. Los diversos tipos de tumores de las glándulas salivales se distinguen mejor por sus patrones histológicos. La formación clínica de las diversas lesiones puede basarse, como en casi todos los tumores, en el tipo de tumor así como en el tratamiento utilizado.

Es importante reconocer que las neoplasias pueden surgir no sólo de las glándulas salivales mayores, aunque los tumores de la glándula sublingual son extremadamente raros, sino también de cualquiera de --

las numerosas glándulas salivales accesorias intrabucal
les difusas. De este modo, pueden encontrarse tumores
que se originan en las glándulas localizadas en el - -
labio, paladar, lengua, mucosa bucal, piso de la boca,
y área retromolar. Los tumores de las glándulas saliva
les son mucho más comunes en el paladar duro que en el
blando tal vez porque es mayor el número de agregados-
glandulares en el primero que en el segundo. Con algu-
nas excepciones, cualquier tipo de tumor de la glándu-
la salival mayor también puede originarse en una glán-
dula accesoria intrabucal. Por tanto, en el siguiente-
estudio los aspectos generales descritos según el - -
tumor, se aplicarán tanto en las glándulas salivales -
mayores como en las menores. Al parecer no hay tumores
realmente reconocidos como únicos de las glándulas - -
intrabucales. Eneroth presentó datos de más de 2,400 -
tumores de las glándulas salivales mayores. Chaudhry -
y colaboradores publicaron una revisión completa de --
los tumores de las glándulas salivales menores intra-
bucales obteniéndose mucha información valiosa a par-
tir del análisis de más de 1,300 casos.

TUMORES BENIGNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

ADENOMA PLEOMORFICO : (Tumor Mixto)

El tumor benigno " Mixto ", se ha enmascarado bajo una gran variedad de nombres, pero el término de " Adenoma Pleomórfico ", que fué sugerido por - - Willis, caracteriza con más exactitud el patrón histológico poco usual que presente la lesión .

ASPECTOS CLINICOS :

De las glándulas salivales mayores, la parótida es el más común donde se localiza adenoma pleomórfico. Es un poco más frecuente en las mujeres que en los hombres, siendo la proporción aproximada de 6.4, - aunque no todas las series registran esta ligera diferencia. Casi todas las lesiones, se encuentran en pacientes que están entre la cuarta y la sexta década de la vida, pero también son relativamente comunes en los adultos jóvenes, y se ha sabido que se aparece en -- niños.

La historia que presenta el paciente por lo regular es presencia de un nódulo que no tiene movimiento, pequeño, insensible, que empieza a aumentar de tamaño, mostrando algunas veces crecimiento intermitente. El adenoma pleomórfico en particular de la parótida suele ser una lesión que no muestra fijación ni en los tejidos más profundos, ni en la piel que lo cubre. Habitualmente es una lesión nodular irregular firme en consistencia, aunque en ocasiones se pueden palpar - - áreas superficiales de degeneración quística. Rara vez la piel se ulcera, aunque estos tumores pueden alcan-

zar un gran tamaño habiéndose registrado lesiones con un peso de varios gramos.

El dolor no es un síntoma común del adenoma pleomórfico, pero con frecuencia hay una molestia bucal. Es raro que se lesione el nervio facial, manifestándose por parálisis facial.

El adenoma pleomórfico de las glándulas accesorias intrabucuales, pocas veces obtiene un tamaño mayor de 1 a 2 cm. de diámetro. Como este tumor causa dificultades en la masticación, en el habla y en la respiración, se detecta y se trata más temprano que el resto de los tumores de las glándulas. A menudo las glándulas palatinas son el sitio de origen de los tumores de este tipo, así como las glándulas del labio y en ocasiones otros lugares a excepción del tamaño, los tumores intrabucuales no se diferencian en forma notable de su contraparte que esta en la glándula mayor. El adenoma pleomórfico palatino puede aparecer, fijo al hueso subyacente, pero no es invasivo. En otros sitios el tumor suele moverse con libertad y se palpa fácilmente.

ASPECTOS HISTOLOGICOS :

Algunas áreas presentan células cuboidales, ordenadas en tubos ó estructuras a conductos, los cuales guardan una semejanza notable con el epitelio del conducto normal. Estos espacios parecidos a los del conducto por lo común no contienen un coágulo eosinófilo. A menudo hay proliferación del epitelio en bandas ó laminas alrededor de estas estructuras tubulares. En otras áreas las células tumorales toman otra forma de estrella poliédrica, en forma de hueso y pueden relativamente estar en pocas cantidades. El tumor siempre esta encapsulado, aunque suelen encontrarse células

tumorales en la cápsula de tejido conectivo. Cuando no hay patrón pleomórfico del estroma, y el tumor es altamente celular, es frecuente que se le denomine adenoma celular. Cuando predomina la proliferación miopitelial, por lo general se hace el diagnóstico de mioepitelioma.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO :

El tratamiento aceptado para este tumor es la excisión quirúrgica. En la parótida el tratamiento, debe ajustarse a los principios establecidos de la cirugía de parótida, es decir, deben extirparse el tumor y el lóbulo de la glándula afectado. Los tumores de las glándulas submaxilares son tratados mediante la excisión de la glándula y seguida de la del tumor.

Las lesiones intrabucales pueden tratarse de manera más conservadora mediante excisión extracapsular. En general las lesiones del paladar duro deben quitarse junto con la mucosa que lo cubre, en tanto que las que se encuentran en mucosa de revestimiento, como en los labios, paladar blando, y mucosa bucal muchas veces son tratados con éxito mediante la enucleación ó la excisión extracapsular. Tiene poco beneficio la radioterapia, por lo que esta contraindicada.

En la actualidad es bien reconocido que los adenomas pleomórficos benignos pueden sufrir una transformación maligna. El componente maligno puede ser un carcinoma, un adenocarcinoma, ó "Cilindromatoso" Esta transformación puede aparecer un tumor no tratado que duró mucho tiempo ó en uno que es recurrente, ó el elemento maligno puede estar presente en el momento de la cirugía inicial. La tasa de transformación maligna, es incierta, pero diversos investigadores han estimado que es de 3 a 15%.

ADENOMA MONOMORFICO

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud, subdivide a los adenomas monomórficos en tres grupos :

- 1).- Adenolinfoma (tumor de Warthin).
- 2).- Adenoma Oxofílico.
- 3).- Otros. El último incluye a los adenomas tubulares alveolares, ó trabeculares, a los de células basales y células claras. Aunque el adenoma oxofílico es monomórfico, es una entidad separada bien reconocida.

ADENOMA DE CELULAS BASALES :

En 1972, Batsakis se acredita haber publicado el primer caso en la literatura norteamericana y sugirió que la célula intercalada del conducto, ó de reserva es el origen histogenético del adenoma de células basales.

ASPECTOS CLINICOS :

Los adenomas de células basales, tienden a presentarse principalmente en las glándulas salivales mayores, en particular la parótida. Los tumores suelen ser insensibles y se caracterizan por su lento crecimiento. Existe una predilección masculina de 5:1 y la mayoría de los pacientes tienen más de 60 años de edad sin embargo, el tumor puede presentarse en personas más jóvenes.

ASPECTOS HISTOLOGICOS :

Estos adenomas tienen una cápsula de tejido conectivo bastante bien definida. En apariencia las células son isomórficas y basaloides con núcleos redondos, ovales basófilos. El citoplasma es escaso y bien

definido. Las células tumorales están ordenadas en nidos sólidos con células periféricas que con frecuencia muestran ordenamiento en palizada. En otros tumores, - las células pueden estar ordenadas en cintas y cordones. Sólo se encuentra poco estroma entre los nidos de las células tumorales.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO :

El tumor se trata mediante excisión y raramente se observan recurrencias.

ADENOMA CANALICULAR

El adenoma canalicular, es una variante del adenoma monomórfico.

ASPECTOS CLINICOS :

Esta lesión, se origina primariamente en las glándulas salivales accesorias intrabucales, en gran parte de los casos, se presenta en el labio superior. Sin embargo, se conocen casos en los cuales la lesión, se presentó en el paladar, la mucosa bucal, y en el labio inferior. El tumor se presenta con bastante más frecuencia en pacientes mayores de 60 años de edad, - pero no hay predilección particular en cuanto al sexo.

Por lo general, el tumor se presenta como un nódulo firme, de lento crecimiento, bien circunscrito, que cuando se presenta en el labio, no está fijo ni se puede mover através del tejido. En ocasiones pueden presentarse dos tumores separados y distintos en el labio superior de un individuo.

ASPECTOS HISTOLOGICOS :

Se compone de largas tiras, o cordones de largas tiras o de células epiteliales, que casi en forma invariable están ordenadas en una doble fila y -

y que suelen mostrar una " pared medianera ". En ocasiones, se encuentran encerrados por estos cordones, espacios quísticos de tamaño variable. Dichos espacios - suelen contener un cuadro eosinófilo. El estroma de - soporte es flojo y fibrilar con una vascularidad delicada. El componente alto y las células basales pequeñas se asemejaron con más exactitud a las de los conductos excretores de las glándulas salivales. El tumor no mostró ninguna lámina basal en forma de capas múltiples como se observó en el carcinoma adenoide quístico

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO :

Se puede tratar mediante enucleación, ó con una simple excisión quirúrgica; es raro que se presenten recurrencias.

CISTADENOMA PAPILAR LINFAMATOSO (Tumor de Warthin, Adenilinfoma)

Este tipo poco usual de tumor de glándula -- salival se presenta casi exclusivamente en la parótida aunque se han encontrado casos ocasionales en la glándula submaxilar.

ASPECTOS CLINICOS :

El cistadenoma papilar linfamatoso, presenta una definitiva predilección por el sexo masculino, generalmente el tumor es superficial y se encuentra justo por debajo de la cápsula parótida, ó protuyendo - através de esta. La lesión rara vez alcanza un tamaño mayor de 3 a 4 cm. de diámetro. Es insensible, firme a la palpación y clínicamente no se distingue de otras - lesiones benignas de la glándula parótida.

ASPECTOS HISTOLOGICOS :

Este tumor está formado de dos componentes - histológicos: Los tejidos Epitelial y Linfoide. Como - el nombre lo indicaría, esta lesión es básicamente un adenoma con formación quística, proyecciones papilares dentro de los espacios quísticos y una matriz linfoide que muestra centros germinales. Las células epitelia-- les que cubren las proyecciones papilares son columna-- res o cuboides que suelen estar ordenadas en dos filas aunque la capa anterior, puede tener varias células de grosor. El componente linfoide abundante puede presen-- tar el tejido linfoide normal del ganglio linfático -- dentro del cual el tumor se desarrolla, de hecho puede representar una infiltración celular reactiva que afec-- ta tanto a los mecanismos tumorales como a los media-- dos por la célula.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO :

El tratamiento aceptado del cistadenoma - papilar linfomatoso es la excisión quirúrgica. Esta - puede realizarse invariablemente sin que se dañe el - nervio facial, en particular porque la lesión es pe--- queña y superficial. Estos tumores están bien encapsu-- lados y rara vez ocurren después de su extirpación.

Es sumamente raro que la transformación ma-- ligna se presente, ya sea en el componente epitelial, o en el linfoide.

ADENOMA OXIFILICO

Este tumor de la glándula salival, es una - pequeña lesión benigna, que por lo regular se presenta en la parótida. Excepto por su tamaño, que no suele - ser voluminoso, no se diferencia en sus característi-- cas clínicas de otros tumores benignos de las glándu--

las salivales. Por esta razón, es difícil pero muy posible establecer un diagnóstico clínico.

El nombre de " Oncocitoma ", se deriva de la semejanza de estas células tumorales con las aparentemente normales, y se han llamado " Oncocitos ", estos, se encuentran en muchos sitios incluyendo las glándulas salivales, las vías respiratorias, los senos, la tiroides, el páncreas, la paratiroides, la hipófisis, los testículos, las trompas de falopio, el hígado y el estómago. Estas células predominan en los conductos revestidos de las glándulas de personas ancianas, pero de hecho se conoce poco acerca de su desarrollo o de su importancia.

ASPECTOS CLINICOS :

El adenoma oxifílico es un poco más frecuente en mujeres que en hombres y presenta exclusivamente en los ancianos. Por lo regular el tumor de 3 a 5 cm. de diámetro, y aparece como una masa discreta, encapsulada, la cual a veces es nodular y suele ser indoloro.

ASPECTOS HISTOLOGICOS :

Este adenoma se caracteriza en forma microscópica por presentar células grandes que contienen un citoplasma eosinófilo y una membrana celular distinta, además tienden a ordenarse en filas angostas o cordones.

A veces se observa en las glándulas salivales intrabucuales, una variante del adenoma oxifílico, en particular en la mucosa bucal y en el labio superior. A ésta se le ha denominado cistadenoma oncocítico, porque es un nódulo parecido a un tumor que está compuesto principalmente de numerosas estructuras dilatadas parecidas al conducto o parecidas a un quiste que están revestidas con oncocitos.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO :

Este tratamiento de elección es la excisión-quirúrgica, y el tumor no tiende a recurrir. Es raro que haya transformación maligna, pero en la actualidad el oncocitoma maligno es una entidad bien establecida.

MIOEPITELIOMA

Es un tumor de las glándulas salivales poco común, que forma menos de 1% de los tumores de las -- glándulas salivales mayores y menores. Sin embargo, es importante el que el componente celular constituye un lugar prominente en la neoplasia de las glándulas - - salivales.

ASPECTOS CLINICOS :

No existen aspectos clínicos que puedan servir para separar el mioepitelioma del adenoma pleomórfico más común. Se presentan en los adultos con una - distribución de sexo igual. La parótida y el paladar - son los sitios más frecuentes donde se presenta.

ASPECTOS HISTOLOGICOS :

El tumor está compuesto de células fusiformes o plasmacitoides, o de una combinación de ambos - tipos celulares. Las células se pueden presentar en - una base mixomatosa, la cual varía de escasa a copiosa. Con frecuencia el tumor es difícil de diagnosticar en la forma definitiva con microscopio de luz.

El diagnóstico definitivo se basa en la identificación intra-estructural de las células mioepite--liales, muestran una lámina basal y miofilamentos intracitoplásmaticos finos. Se encuentran desmosomas - -

entre las células adyacentes.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO :

El tumor es tratado mediante la excisión quirúrgica. Se aplican algunos de los principios con los que se tratan los adenomas pleomórficos.

LESION LINFOEPITELIAL BENIGNA

(Enfermedad de Mikuliez)

Esta lesión específica de las glándulas salivales es más bien poco frecuente, pero es muy interesante ya que demuestra características inflamatorias y neoplásicas. Hay pruebas de que la enfermedad está estrechamente relacionada con el síndrome de Sjögren, y que ambos son enfermedades autoinmunes, en las cuales el propio tejido de la glándula salival del paciente - se vuelve autoagénica.

ASPECTOS CLINICOS :

La lesión linfopitelial benigna se manifiesta básicamente como un agrandamiento unilateral o bilateral de las glándulas parótida submaxilar, o ambas, - que está asociada en algunos casos con un malestar local moderado, con dolor ocasional y xerostomía. Algunas veces el inicio de la lesión esta asociado con fiebre, infección de las vías respiratorias superiores infección bucal, extracción dental, o algunos otros - trastornos inflamatorios locales. Con frecuencia hay un crecimiento mal delineado, difuso de la glándula salival en vez de la formación de un nódulo tumoral discreto. Los agrandamientos varían de tamaño, pero por lo general miden algunos centímetros de diámetro.

En ocasiones se descubren antecedentes de un aumento y disminución alterna en el tamaño de la masa. La masa tumoral puede permanecer sólo unos meses o puede durar muchos años. Muchas veces también se agrandan las glándulas lagrimales.

ASPECTOS HISTOLOGICOS :

La enfermedad se caracteriza por una infiltración linfocítica, en forma ordinaria de tejido de la glándula salival, que destruyen o reemplazan los acines, con la persistencia de islotes de células epiteliales; la cual representa probablemente residuos de los conductos glandulares. Aunque el elemento linfoide por lo regular es difuso, en ocasiones están presentes centros germinales.

Se debe tener gran cuidado en diferenciar entre un tumor linfoepitelial benigno y un linfoma maligno, que afecta a las glándulas salivales.

En este último, no están presentes los islotes epimioepiteliales, el elemento linfoide es atípico y hay infiltración de los septos interlobulares por el tejido linfoide. Además los islotes epiteliales pueden ser confundidos con un carcinoma metastásico. Otras lesiones histológicamente similares, las cuales deben considerarse en el diagnóstico diferencial, son la sialadenitis crónica, el cistadenoma papilar linfamatoso.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO :

La lesión linfoepitelial benigna, ha sido tanto por excisión quirúrgica como por radiación. En los casos leves, no se indica el tratamiento una vez hecho el diagnóstico. En algunos casos la hinchazón,

incluso puede reaparecer de manera espontánea.

La enfermedad persistente puede ser tratada - mediante excisión quirúrgica. La mayoría de las autoridades por lo común se oponen al uso sistemático de radioterapia, en vista de que es posible que la radiación induzca a la malignidad.

En general el pronóstico de la lesión linfocitopitelial es buena, sin embargo, la malignidad asociada con la infección está bien documentada.

RELACION CON LA ENFERMEDAD DE MIKULIECZ :

La enfermedad originalmente descubierta por Mikulicz en 1888, fué caracterizada por un agrandamiento sensible simétrico o bilateral crónico de las glándulas lagrimales y salivales. Subsecuentemente, se registraron numerosos casos que tenían datos clínicos similares, pero que con frecuencia tienen un rápido curso -- mortal. Estos últimos casos en muchas ocasiones probaron ser ejemplos de linfomas malignos, leucemias e incluso tuberculosis. Debido a que los pacientes con enfermedad de Mikulicz manifestaron un curso benigno, - sin que se afectara el sistema linfático, ahora se cree que la enfermedad descrita por Mikulicz y la lesión - linfocitopitelial benigna son idénticas en naturaleza.

A causa de alguna enfermedad específica generalizada como la de los linfomas o la de la tuberculosis el término de " Síndrome de Mikulicz ", también se ha encontrado dentro de la literatura y se ha usado para - describir el agrandamiento de las glándulas salivales, por lo regular acompañada por un aumento de los ganglios linfáticos. La aplicación de este término en dichos casos no se puede justificar, ya que no existe - nada que indique la verdadera naturaleza de la enfermedad.

SINDROME DE SJOGREN

El síndrome de Sjogren es una enfermedad que originalmente se describió como una triada, compuesta de Queratoconjuntivitis seca, xerostomía y artritis reumatoide. Después, se encontró que algunos pacientes, presentan sólo ojos y boca secos (complejo seco ó síndrome de Sjogren primario), mientras que otros también desarrollan un Lupus Eritematoso generalizado poliarteritis nodosa, polimiocitis o escleroderma, así como artritis reumatoride (síndrome de Sjogren secundario). Como Sjogren señaló, se han observado datos de xerostomía y artritis sin que haya queratoconjuntivitis seca.

ETIOLOGIA :

Se han sugerido diversas causas de esta enfermedad : Genéticas, hormonales, infecciosas, e inmunitarias, entre otras. También puede ser una combinación de factores, tanto intrínsecos como extrínsecos los cuales juegan un papel en la etiología de esta enfermedad.

ASPECTOS CLINICOS :

Esta enfermedad se presenta en forma predominante en mujeres mayores de 40 años de edad, que pueden afectarse a niños o adultos jóvenes. La proporción femenina:masculina, es aproximadamente 10:1.

Los aspectos característicos de la enfermedad, son sequedad de la boca y los ojos como resultado de la hipofunción de las glándulas salivales y lagrimal. A menudo, esto origina sensaciones quemantes y dolorosas de la mucosa bucal. Además están afectadas con esta sequedad, diversas glándulas secretorias de la nariz, de la faringe y del árbol traqueobronquial (bucofaringolaringitis seca), así como de la vagina.

La artritis reumatoide como se menciona, es una parte integral del síndrome de Sjogren secundario, se ha demostrado que los pacientes con dicho síndrome, que presentan artritis reumatoide tienen ciertas manifestaciones clínicas diferentes que los distinguen de los pacientes con complejo seco, a pesar de que muestran datos histológicos de algunos de los laboratorios similares. En este aspecto, los pacientes sin artritis reumatoide, esto es, con el complejo seco o síndrome de Sjogren primario; con más frecuencia manifiestan crecimiento de la parótida, linfadenopatía, púrpura, fenómeno de Raynaud, miocitis y afección renal.

ASPECTOS HISTOLÓGICOS :

Se han descrito tres tipos de alteraciones -- histológicas en las glándulas salivales mayores. En un caso, puede haber una intensa filtración linfocítica de la glándula que reemplaza todas las estructuras acinares, aunque se preserve la arquitectura lobular. En otro, puede presentarse proliferación del epitelio ductal y el miopitelio para formar " los islotes epimioepiteliales ". Ambos cambios histológicos son idénticos a los de la lesión linfoepitelial benigna en la enfermedad de Mikulicz. La tercera alteración simplemente, puede ser una atrofia secuencial de las glándulas a la infiltración linfocítica.

ASPECTOS RADIOGRÁFICOS :

La sialografía puede tener un valor diagnóstico en el síndrome de Sjogren. Los sialogramas demuestran la formación de defectos cavitarios sembrados de puntos, los cuales están llenos con un medio de contraste radiopaco. Se ha dicho que estos defectos de relleno producen un efecto radiográfico llamado " flor

de Cereza " ó " Arbol ramificado cargado de fruta ".

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO :

No hay un tratamiento satisfactorio para el síndrome de Sjogren. La mayoría de los pacientes son tratados en forma sintomática. La queratoconjuntivitis, se trata mediante la introducción de lubricantes oculares como las lágrimas artificiales que contienen celulosa, y la xerostomía se trata con substitutos de la saliva, como los que se usan en el tratamiento de las personas con xerotomía secundaria a la radioterapia. La caries dental extensa es una complicación bastante común; la buena higiene bucal y las frecuentes aplicaciones de fluoruro están dedicadas para reducir el problema. No hay tratamiento específico para el crecimiento de las glándulas salivales. Se ha empleado la cirugía, pero suele recomendarse sólo cuando el paciente tiene malestar. Aunque, anteriormente se recomendó la radioterapia no se emplea en forma usual.

La principal complicación en los pacientes que presentan síndrome de Sjogren, es el desarrollo de un pseudo linfoma y un linfoma maligno.

TUMORES MALIGNOS DE LAS GLANDULAS SALIVALES

ADENOMA PLEOMORFICO MALIGNO :

Ocasionalmente desde el punto de vista histológico, los tumores de las glándulas salivales son benignos, y aún así producen metástasis que asemejan la lesión primaria, o que se asemejan al adenoma pleomórfico benigno, pero con áreas citológicamente malignas. Dichas lesiones son raras, pero deben clasificarse como adenomas pleomórficos malignos.

Es incierto si estos tumores representan lesiones previamente benignas, las cuales han sufrido una transformación maligna, o son lesiones que fueron malignas desde el principio.

ASPECTOS CLINICOS :

Los malignos por lo regular, son más grandes que los benignos, pero este hecho no tiene importancia en el diagnóstico clínico diferencial, debido a que ambas formas varían mucho en su tamaño.

Con frecuencia el tumor maligno se fija a las estructuras subyacentes, así como la piel o la mucosa que lo cubre, al igual que sucede en las lesiones malignas de las glándulas salivales, y también está presente, en forma variable, la ulceración de la superficie. El dolor es una característica más frecuente en el adenoma pleomórfico maligno que en el benigno.

ASPECTOS HISTOLOGICOS :

En algunos adenomas pleomórficos malignos, el componente maligno parece ser un sobrecrecimiento

sobre el elemento benigno, de tal manera que las áreas histológicamente benignas son difíciles de demostrar . En otros casos, toda la lesión puede ser benigna, y se puede encontrar los focos malignos después de que se ha hecho una investigación diligente. Por esta razón , es necesario realizar un estudio cuidadoso de todos los posibles tumores benignos de glándulas salivales; el patólogo debe tener cuidado particular de examinar las secciones provenientes de los numerosos bloques de tejidos que son cortados de las diversas áreas de tumor.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO :

El tratamiento del adenoma pleomórfico maligno es esencialmente quirúrgico, aunque a veces las lesiones que muestran tendencia a la recurrencia local son tratados mediante cirugía combinada con radioterapia.

CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO

El carcinoma adenoide quístico, es una forma de adenocarcinoma lo suficientemente distintivo como para garantizar la separación de los tumores malignos.

Desde el punto de vista histológico se presentan lesiones similares en las glándulas salivales accesorias intrabucales, así como en las lágrimas y las glándulas de los senos paranasales, faringe, tráquea y bronquios, piel y senos.

ASPECTOS CLINICOS :

Las glándulas salivales que con más frecuencia se afectan por este tumor son : La parótida, la submaxilar y las accesorias localizadas en el paladar,

y la lengua. El carcinoma adenoide quístico, se presenta más frecuentemente durante la 5a. y 6a. décadas de la vida, pero no es raro que se presente incluso en la tercera década. Muchos de los pacientes muestran manifestaciones clínicas de un tumor maligno típico de las glándulas salivales: dolor bucal temprano, parálisis del nervio facial en el caso de los tumores de la parótida, fijación a las estructuras más profundas e invasión local.

Algunas de las lesiones, en particular las bucales, muestran una ulceración en la superficie. En algunos casos puede existir una semejanza clínica con el adenoma pleomórfico.

ASPECTOS HISTOLÓGICOS :

El carcinoma adenoide quístico está compuesto de pequeñas células uniformes que se tiñen intensamente semejándose a las basales y que por lo común están, ordenadas en cordones anastomosantes o en un patrón parecido a conductos, la porción central puede contener un material mucoso, que produce un patrón cribiforme, " en forma de panal de miel ", ó " queso suizo". De manera característica, el tejido conectivo estromal ialiniza y rodea las células tumorales formando un patrón estructural de cilindros de los cuales la lesión originalmente llevó el nombre de " cilindromas ". Algunas veces se presenta crecimiento de células en una forma sólida y aquí puede presentarse en un pequeño patrón quístico glandular.

En otras ocasiones sólo delgados cordones anastomosantes delicados de células neoplásicas se dispersan através de un abundante estroma. En raras ocasiones también hay forma de pseudoameloblastoma del tumor.

Un aspecto común de esta neoplasia es la diseminación de las células tumorales a lo largo de los espacios perineurales o de las vainas perineurales. Es un hecho interesante que a pesar de la naturaleza maligna de la lesión, sean extremadamente raras las mitosis en diferentes casos se observa una gran variación en el patrón histológico. Se debe tener cuidado para no confundir a esta lesión con un adenoma benigno ya que hay una grán diferencia de pronósticos entre las dos.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO :

El tratamiento del carcinoma adenoide quístico, es principalmente quirúrgico, aunque en algunos casos la cirugía se ha completado en forma exitosa con la radiación. La radiación sola no se recomienda en general, este tumor es una lesión de lento crecimiento que tiende a formar metástasis sólo en las últimas etapas de su evolución. Sin embargo, se presenta daño en los ganglios linfáticos cervicales aproximadamente el 30% de los casos, así como metástasis distantes hacia pulmones, huesos y cerebro en una alta proporción de los pacientes. La tasa de curación para quienes padecen esta enfermedad es desalentadoramente baja, variando un poco de una serie a otra.

Los factores que influyen en el pronóstico son el sitio donde se presenta el tumor y el patrón histológico de éste.

CARCINOMA DE CELULAS ACINICAS

ASPECTOS CLINICOS :

El carcinoma de células acinicas se asemeja -

estrechamente al adenoma pleomórfico, en todo su aspecto tendiendo a ser encapsulado y lobulado. Aunque se ha dicho que este tumor se presenta principalmente en la parótida, en ocasiones puede aparecer en otras glándulas mayores y en las accesorias intrabucuales.

Los sitios intrabucuales más comunes donde se localiza este tumor son los labios y la mucosa bucal. El carcinoma de células acínicas predomina en personas de edad media o un poco mayores, pero se ha encontrado antes de los 20 años.

ASPECTOS HISTOLOGICOS :

El carcinoma de células acínicas, que con frecuencia esta rodeado por una cápsula delgada, puede estar compuesta de células con diversos grados de diferenciación. Las células bien diferenciadas tienen una notable semejanza con las acinares normales,

Es usual encontrar elementos linfoides en los carcinomas parotídeos de células acínicas, un aspecto útil en el diagnóstico. Dichas características no se encuentran en los tumores intrabucuales. Al parecer, el carcinoma de células acínicas puede surgir de tejido de glándula salival en que se atrapó en forma embriológica, en los ganglios linfáticos, dentro o cerca del compartimiento de la parótida.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO :

La mayor parte de los casos, el tratamiento ha sido quirúrgico. Perzin y Livolsi recomendaron la excisión total de los tumores de la parótida, conservar el nervio facial, a menos que este se encuentre dañado.

La disección de los ganglios linfáticos está --

indicada sólo clínicamente no como un procedimiento sistémico. No se ha demostrado que la radioterapia tenga valor terapéutico. Los tumores intrabucuales son tratados mediante la excisión quirúrgica.

La tasa de recurrencia del carcinoma de células acínicas varía de 8 a 59%. Se aprecia una tasa de alta recurrencia en los tumores tratados por enucleación y excisión limitada. Es importante reconocer que se pueden presentar recurrencias años después de la cirugía. La metástasis tienen lugar en aproximadamente, 20% de los pacientes y, suelen aparecer nuevamente años después de la cirugía inicial. Las metástasis hematogénas hacia el hueso y hacia los pulmones son las más comunes.

CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE :

ASPECTOS CLÍNICOS :

Casi todos los carcinomas mucopidermoides que afectan a las glándulas salivales mayores se presentan en la glándula parótida, aunque también puede originarse en otras glándulas mayores, en especial, las accesorias intrabucuales. Stewart y colaboradores basados en la naturaleza clínica y en los aspectos histológicos de las lesiones, intentaron clasificar al tumor mucopitelial en dos variedades, una benigna y otra maligna.

En forma subsecuente se ha vuelto aparente que dicha clasificación con toda probabilidad no está justificada, y muchas autoridades consideran que todas son neoplasias malignas que presentan diversos grados de malignidad o grados variables.

El carcinoma mucopidermoide tiene una distribución igual entre varones y mujeres. Se presenta espe-

cialmente de la tercera hasta la quinta década de la vida, pero de hecho puede aparecer en todas las décadas. Es el tumor maligno de las glándulas salivales más común en los niños.

El tumor que presenta malignidad de bajo grado por lo regular aparece como una masa insensible que se agranda con lentitud y que simula un adenoma pleomórfico, el carcinoma mucoepidermoide de bajo grado raramente es mayor de 5cm. de diámetro, no está completamente encapsulado y en consecuencia contienen quistes que pueden estar llenos de un material mucoso viscoso. Los tumores intrabucuales de este tipo suelen encontrarse en sitios como el paladar, la mucosa bucal, la lengua y el área retromolar. Debido a su tendencia a desarrollar áreas quísticas, estas lesiones intrabucuales pueden guardar una estrecha semejanza clínica con el fenómeno de retención mucosa o con el mucoide, en especial con aquellos que se presentan en el área retromolar.

El tumor que presenta alto grado de malignidad crece con rapidez y produce dolor, así como un síntoma temprano. Es frecuente la parálisis de nervio facial en los tumores de la parótida. El carcinoma mucoepidermoide no está encapsulado, pero tiende a inflarse al tejido que lo rodea y en un alto porcentaje de los casos a formar metástasis hasta los ganglios linfáticos regionales. También son comunes las metástasis distantes al pulmón, hueso y cerebro así como tejidos subcutáneos.

ASPECTOS HISTOLOGICOS :

El carcinoma mucoepidermoide es un tumor pleomórfico que está compuesto por células secretoras de moco, de células de tipo epidermoide y de células intermedias. En los tumores de bajo grado están presentes, -

los tres tipos de células, aunque predominan las epidermoides a las secretoras de moco. La célula intermedia rara vez es la célula dominante aunque parece que puede sufrir una transformación, ya sea en célula mucosa o epidermoide. En ocasiones, se puede presentar racimos de células claras, y a menudo, en abundancia. Estas células claras por lo general no contienen mucina ni glucógeno. Este tumor parece que surge del epitelio ductal debido a que es común la proliferación ductal adyacente al tumor.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO :

El principal tratamiento para el carcinoma mucopidermoide es la cirugía, aunque datos recientes, han demostrado que hay respuestas favorables hacia la radioterapia. En la actualidad, se recomienda cirugía, seguida por tratamiento de radiación en los tumores de grado intermedio y alto grado, para los de bajo grado, se puede tratar sólo mediante cirugía. No es necesario realizar una sección electiva de los ganglios linfáticos en quienes presentan tumores de bajo grado y de grado intermedio; sin embargo dicho procedimiento se recomienda en los de alto grado, debido a que se han encontrado metástasis cervicales ocultas en dos terceras partes de estos casos.

CARCINOMA DE CELULAS CLARAS

El carcinoma de las células claras, se encuentra fundamentalmente en las células claras mayores, en especial la parótida. Sin embargo, puede encontrarse en intrabucuales. Se presenta en adultos ancianos, en base a los casos publicados tiende a presentarse con más frecuencia en el sexo femenino.

Estos carcinomas están compuestos de racimos de células rodeadas de septos delgados de tejido conectivo fibroso. Esto con frecuencia produce una apariencia algo "organoide". En muchos casos, se puede comprobar glucógeno en las células mediante la reacción periódica ácido-schiff. Este carcinoma epitelial-mucoepitelial, está compuesto de una capa interior de células ductales rodeada por una capa de células claras. Desde el punto de vista histológico, los carcinomas de células claras que se originan en las glándulas salivales presentan alguna similitud con el carcinoma de células claras de riñón. Es por eso, que debe considerarse la posibilidad de una malignidad renal metastática en el diagnóstico diferencial histológico de estas lesiones.

El tratamiento es mediante excisión quirúrgica. El tumor tiene un pronóstico relativamente favorable ya que menos de una tercera parte recurre, y muy pocos forman metástasis. Sin embargo, el tumor puede ser agresivo y no existe medio por el cual pueda predecirse.

CARCINOMA EPIDERMÓIDE

En este tipo de malignidad que se presenta en las glándulas salivales implica un grave pronóstico debido a que el tumor muestra propiedades infiltrativas, forma metástasis temprana y recurre con rapidez. Por fortuna, no es una lesión común, aunque parece que surge con más frecuencia en las glándulas salivales mayores, en particular la parótida y la submaxilar puede surgir en el tejido de las glándulas salivales accesorias.

El sitio exacto donde surge el carcinoma - -

epidermoide de la glándula salival no se ha establecido en forma definitiva. Es probable que tenga origen ductal, debido a que los ductos que pueden sufrir con facilidad una metaplasia escamosa.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO :

El uso combinado de cirugía y radioterapia es lo más adecuado para este tipo de tumores que cualquier otro tratamiento. Como la metástasis en los ganglios linfáticos regionales es un dato común que está asociado con este tumor, a menudo se efectúa una disección radical del cuello de la cadena linfática, controlando la lesión primaria.

SIALOMETAPLASIA NECROTIZANTE

ASPECTOS CLINICOS :

La sialometaplasia necrotizante, es más frecuente en varones que en mujeres. La mayoría de los pacientes se encuentra entre la cuarta y la quinta década de la vida, pero la lesión se ha encontrado en todas las edades, excepto en niños. Gran parte de los casos se presenta en el paladar, pero también se lesionan otros sitios como la mucosa bucal, el labio y el área retromolar. En ocasiones pueden estar afectados, sitios extrabucales como la nasofaringe. Se ha encontrado casos en la parótida como una secuela posquirúrgica.

La lesión se presenta como una úlcera. La hinchazón o la sensación de crecimiento puede preceder a algunas lesiones. El dolor no es una queja común del paciente, a pesar de que a menudo hay grandes áreas de ulceración.

ASPECTOS HISTOLOGICOS :

Desde el punto de vista histológico, esta enfermedad se caracteriza por la presencia de una mucosa ulcerada, por una hiperplasia pseudoepiteliomatosa del epitelio mucoso, por necrosis acinar y por la metaplasia escamosa de los conductos salivales. Es un hecho importante, el que se conserve la arquitectura lobulillar a pesar de la necrosis. Se pueden encontrar células inflamatorias dentro y alrededor de las áreas lobulares de necrosis; está presente en cantidades variables, tejido de granulación o fibrosis. La hiperplasia pseudoepiteliomatosa, la necrosis y la metaplasia escamosa ductal, son los aspectos que han conducido a diagnósticos erróneos de carcinoma o de carcinoma mucoepidermoide.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO :

Básicamente, la lesión es autolimitante y sana mediante un procedimiento secundario. La desbridación y los enjuagues salinos pueden ayudar al proceso de curación, por lo regular no se presentan recurrencias.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Uno de los problemas principales relacionados en el tratamiento de las lesiones de las glándulas salivales es la decisión del clínico respecto al tipo de lesión que se está tratando y a su localización anatómica en las diversas estructuras. El exámen citológico se está volviendo cada vez más importante al formular un diagnóstico, debido a las mejoras de técnica y comprensión de los ejemplares obtenidos. La validez de este exámen y de la biopsia con aguja depende en gran parte de la exactitud de técnica con que obtuvieron los tejidos, así como del entrenamiento y capacidad del patólogo responsable de analizar éstos. Se puede depender de las biopsias verdaderas, pero implican cortar la cara y están contraindicadas en las lesiones inflamatorias. El clínico debe de decidir con los medios no quirúrgicos a la mano, cuales si es que se necesitan, son los pasos indispensables para lograr un diagnóstico exacto. Los medios de que se dispone son principalmente la historia, el exámen físico y el exámen radiográfico. Con estos puede determinarse un curso de tratamiento lógico o bien otros estudios diagnósticos. A veces, los exámenes clínicos de laboratorios ayudan a tomar una decisión.

HISTORIA :

Una historia de la lesión de que se trata frecuentemente ayuda a definir su naturaleza.

DURACION :

La duración de una lesión, es un factor impor

tante. Si la lesión es vieja y tiene una historia de -
remisiones y exacerbaciones es probablemente de natura-
leza inflamatoria. Si es vieja y tiene historia de cre-
cimiento lento y continuo generalmente es un tumor -
benigno o de escasa malignidad; si es una lesión nueva,
con aumento de volumen indoloro, sin embargo, sugiere -
malignidad desde el principio.

FORMA DE INICIACION :

La forma de comienzo puede dar alguna clave. -
Si el comienzo es gradual e indoloro, pero continuo, -
sugiere tumor. Si es repentino y doloroso, el diagnós-
tico de inflamación es más adecuado aunque no puede des-
cartarse el tumor de crecimiento rápido con infección -
agregada.

RAPIDEZ DE CRECIMIENTO :

La rapidez de crecimiento es un punto diagnós-
tico importante que indica el grado de malignidad. Una
lesión de crecimiento lento pero continuo es rara vez -
inflamatoria o de grado avanzado de malignidad. Una le-
sión de crecimiento rápido puede ser una u otra; sin -
embargo, el dolor, el exudado, la fiebre o las altera-
ciones hemocitológicas con tendencia a la inmadurez -
suele acompañar a las inflamaciones. Debe recordarse -
que los tumores no son dolorosos hasta que invaden los
tejidos vecinos sensitivos o se infectan las lesiones -
de crecimiento rápido con historia de resolución y remi-
sión son frecuentemente inflamatorias. Las lesiones de
crecimiento lento con historia de remisión generalmente
son quistes o algún otro fenómeno de retención. No es
típico que ningún neoplasma desaparezca o disminuya; -
sin embargo, algunos tienen períodos de inactividad -

biológica.

ESTADOS ASOCIADOS :

La historia de otros estados asociados al - -
síntoma actual con frecuencia ofrece una clave o una -
explicación del problema. Una historia de tuberculosis
juvenil o de tuberculosis en la familia puede explicar,
la presencia de un cuerpo calcificado en la región de -
la glándula salival cuando no puede demostrarse ninguna
conexión en la glándula. La historia de neumonía por -
neumococo u otra enfermedad febril aguda puede señalar
el comienzo de una sialadenitis crónica, especialmente
de la glándula parótida.

Las anestias generales prolongadas, general-
mente con empleo de antisialogogos, son datos importan-
tes al igual que cualquier otro estado caquetico o de
deshidratación.

EXAMEN FISICO :

Un exámen físico adecuado es el factor indivi-
dual más importante en el diagnóstico diferencial de -
cualquier trastorno. Además del exámen físico general -
para determinar los factores generales que puedan inter-
venir, debe llevarse a cabo un exámen cuidadoso de las
glándulas anexas. Es importante recordar que tanto las
glándulas submaxilares como las parótidas tienen gan-
glios linfáticos adyacentes y dentro de la estructura-
glandular misma. Las infecciones adyacentes o los tumo-
res situados en las áreas de drenaje de estos ganglios,
ocasionan con frecuencia aumentos de volumen que pare-
cen ser primarios de las glándulas. Ejemplos típicos -
de estos son las infecciones oculares que producen - -
aumento de los ganglios parótídeos o la de los dientes-

que ocasionan agrandamiento de los ganglios submaxilares. Los tumores de la piel y de la cara, como el melanoma de la cavidad bucal y de las estructuras faciales pueden producir agrandamiento de los ganglios linfáticos de la cabeza y cuello. Las metástasis son relativamente raras, aunque la invasión de estos ganglios por los linomas malignos es frecuente.

Es necesario el examen bimanual de estas lesiones, y puede recogerse mucha información con el dedo examinador. El examen manual, se efectúa correctamente colocando un dedo dentro de la boca y la mano opuesta sobre la lesión. La manipulación cuidadosa de ambas manos puede proporcionar los datos que a continuación se dan :

LOCALIZACION DE LA LESION :

Las lesiones de los conductos se palpan por dentro de la boca cuando la lesión se encuentra en el conducto submaxilar o en el tercio anterior del conducto parótideo. Las lesiones del hilio de la glándula submaxilar inmediatamente por delante del punto en que pasa por debajo del músculo milohioides también se palpan mejor por dentro de la boca. La mayoría de los cálculos salivales corresponden a esta categoría.

Las lesiones situadas por fuera de la musculatura de la boca puede ser desplazada hacia afuera por el dedo intrabucal y palpase con más facilidad con la mano extrabucal. Pueden desplazarse porciones de la glándula misma y su textura apreciarse fácilmente. Los ganglios y tumores pueden sujetarse e identificarse. Las lesiones que no son palpables o móviles desde el interior de la boca se juzgan en relación con su localización. Exprimir la glándula y el conducto

bimanualmente permite estimar la naturaleza de la secreción y, por lo tanto, de la localización de la lesión. Las lesiones situadas fuera de los conductos rara vez producen pus dentro del sistema canalicular a menos que estén tan avanzadas que los ocluyan por presión.

CONSISTENCIA DE LA LESION :

Las lesiones circunscritas tales como los tumores mixtos, ganglios inflamatorios aumentados y Schawannomas se mueven y pueden desplazarse fácilmente. De este fenómeno se saca en conclusión que la lesión no ha invadido los tejidos y vecinos y no está rodeada de exudado inflamatorio difuso. Areas inflamadas en forma aguda, absesos, tumores malignos invasores ó sus extensiones linfáticas no se mueven fácilmente, por haber infiltrado la enfermedad de los tejidos circundantes. Una excepción es el ganglio linfático invadido por metástasis tempranas y que todavía no ha perdido su integridad capsular.

Las lesiones duras tienen peor pronóstico. Aunque el signo diferencial primario entre una lesión maligna y una lesión inflamatoria leñosa es la presencia o ausencia de dolor, no se puede depender de este signo, ya que puede haber infección en cualquier neoplasia maligna avanzada. En general, la induración del área en cuestión es un signo grave, especialmente si faltan los signos cardinales de infección o no se encuentran en proporción con la historia de trastorno. La induración es típica de las lesiones invasoras malignas y este signo debe considerarse como diagnóstico hasta que se prueba lo contrario.

La consistencia del resto de la glándula es -

muy importante. Las lesiones malignas a veces abarcan - la totalidad de la glándula a menos que estén infectadas o muy avanzadas. Por lo tanto, una porción de la glándula aparece normal a la mano examinadora. Las infecciones, por el contrario, generalmente producen - tensión en toda la glándula, lo mismo que la obstrucción de los conductos.

La separación de la glándula de las lesiones - que en realidad no la afectan es también importante. En muchas ocasiones, la tumefacción corresponde aparentemente a la glándula, pero la palpación y sujeción - digital de la glándula o de la lesión, demuestran que - ésta sólo tiene una relación anatómica y no histológica con la glándula. Esto es particularmente cierto en el quiste branquial. Los quistes dermoides en las hipertrofias ganglionares y en los aumentos de volumen inflamatorios primarios de los dientes. En estos casos la consistencia de la glándula no afectada es normal.

VALORACION RADIOGRAFICA :

Las radiografías comunes son de poco valor - - excepto en presencia de un cálculo calcificado o de - - invasión avanzada de las estructuras óseas vecinas.

Por esta razón la radiografía común puede ser - omitida, a menos que el examinador tenga una razón para sospechar estas alteraciones. Cuando se sospecha un - - cálculo salival, las placas oclusal y lateral oblicua - de la mandíbula son de gran valor para localizar los - - cálculos submaxilares. Las radiografías posteroanterior y lateral de la cara, con placa oclusal colocada en las paredes bucales y con exposición muy breve pueden ser - de valor para localizar cálculos de la parótida. la - radiografía occipitosubmentoniana que limite el - -

arco sigomático también puede ser útil.

El sialograma da más información diagnóstica. Este estudio especial se realiza inyectando aceite -- radiopaco en el sistema de conductos de la glándula y tomando las radiografías que estén indicadas. Se han descrito numerosas técnicas y equipos para realizar este estudio.

MATERIALES :

- 1.- Tubos de polietileno de diferentes calibres y aproximadamente 46 cm., de largo, uno de cuyos extremos tiene bicoel agudo.
- 2.- Un conector Luer-lok del tipo utilizado para la anestesia raquídea continua.
- 3.- Una jeringa con mango de anillo de tipo Luer-lok - de 3 cm.
- 4.- un explorador roto cuyo extremo se ha redondeado y pulido para usarlo como dilatador.
- 5.- Cualquier aceite radiopaco como medio de contraste

METODO :

Se toma un tubo de polietileno de calibre adecuado y se adapta al conector. Se llena la jeringa con la -- sustancia de contraste y se fija al conector. Se saca todo el aire del sistema. El aceite sobrante sirve de lubricante.

Se quita la jeringa y el conducto en cuestión se canaliza. Si se produce dolor, se aplica unas gotas de anestésico local alrededor de la carúncula. Si la -- colocación de la cánula se dificulta puede introducirse el explorador para dilatar la abertura del conducto los factores que originan dificultades en la colocación

de la cánula son los siguientes :

- 1.- Un tubo de calibre muy grueso.
- 2.- Un bicel áspero del tubo.
- 3.- Un bicel corto o muy romo del tubo.
- 4.- Falta de lubricación del tubo.

El tubo se inserta bien dentro del conducto. En el conducto de la parótida, generalmente se encuentra un obstáculo en el punto en que el conducto se dobla alrededor del borde anterior del músculo masetero. En el conducto submaxilar suele bastar una distancia - de tres o cuatro centímetros.

Se pide entonces al paciente que cierre la boca, y el tubo puede mantenerse en su lugar con cualquier fijación sin comprimirla. Vuelve a conectarse la jeringa y se instruye al paciente que la sostenga contra su pecho. De éste modo puede moverse al paciente y colocarlo como quiera el radiólogo. Cuando el radiólogo ha acomodado al paciente satisfactoriamente, se inicia la inyección del medio contraste. Se instruye al paciente para que levante su mano cuando sienta presión y nuevamente dolor. Las cantidades de solución están sujetas a variación individual y puede dependerse más del llenado sintomático que de cantidades pre-determinadas.

Se mantiene la presión durante 10 segundos después de aparecer el dolor y se toma entonces el silograma. Se mantiene ligera la presión durante la colocación del paciente para radiografías adicionales. Las radiografías posteroanterior y lateral del cráneo pueden tomarse como quiera el operador.

Después de tomar todas las radiografías el tubo puede retirarse e instruye al paciente para que -

ayude a vaciar la glándula por masaje. El aceite residual en la glándula y sistema de conductos no es dañino y puede ser benéfico en algunas ligeras lesiones inflamatorias. El sialograma puede proporcionar bastante información, especialmente si esta se relaciona con los signos clínicos. Sin embargo, no todas las lesiones tienen datos sialográficos típicos, y en muchos casos el diagnóstico final depende de la biopsia. Afortunadamente la mayoría de las lesiones inflamatorias tienen manifestaciones típicas cuando se relacionan con el curso clínico, en tanto los tumores con frecuencia se caracterizan por la ausencia singular de signos sialográficos.

La interpretación sialográfica se hace mejor integrando los datos sialográficos, los datos clínicos la historia y los conocimientos de las ciencias básicas. Con este fin se presentan un grupo de casos típicos en los cuales los hallazgos sialográficos y los datos clínicos fueron suficientemente claros para llegar a un diagnóstico exacto.

LINFOMA PRIMITIVO DE GLÁNDULAS SALIVALES INFORME DE 4 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

HOSPITAL ONCOLÓGICO PROVINCIAL "MARIE CURIE", CAMAGUEY.

Aproximadamente del 10 al 25% de todos los linfomas y en proporción menor, la enfermedad de Hodgkin (5%) parecen tener un origen extraganglionar. Entre los sitios de origen extraganglionar más frecuentes se encuentran: Tracto Gastrointestinal, Mama y Piel Anillo de Waldeyer, La Orbita, Senos Perinasales, Nasofaringe. Los linfomas primarios de glándulas salivales son extremadamente infrecuentes. En la larga

serie de tumores de glándulas salivales informadas por Foote y Frazell, sólo encontraron un caso de linfoma - primario de glándula salival. De 473 pacientes con - - linfoma maligno estudiados por Anderson, sólo encontraron un caso con linfoma primitivo de parótida.

Los informes de estos casos en la literatura, son una rareza y sólo se habían registrado 47 casos en la literatura mundial.

Se presentan 4 casos de linfomas primitivos - de glándulas salivales : 3 primitivos de parótida y la glándula submaxilar.

PRESENTACION DE LOS CASOS :

CASO No. 1

Paciente F.P.H., H.C. 32094, de 74 años de - edad, raza negra, natural de Haití, que desde 5 meses antes de su ingreso comenzó a notar una tumoración -- indolora en la región preauricular derecha que fué - aumentando de tamaño.

Al examen físico se comprobó un tumor preauricular de 3.5 cms., de diámetro, duro, muy poco movable, sin toma de nervio facial. Con el diagnóstico de tumor de parótida se operó. El tumor fué irreseccable y sólo se tomó biopsia informada como linfoma linfocítico primitivo de parótida. Recibió tratamiento radiante dosis total de 6000 radiaciones y desapareció el tumor. A los 8 meses de aparente control, apareció una proptosis del ojo derecho por toma linfomatosa del tejido retroorbitario. Recibió tratamiento radiante local con buena respuesta y regresión de la proptosis. Actualmente se encuentra controlado con una sobrevida de 7 - - años.

CASO No. 2

Paciente H.S.M., H.C. 37703, de 66 años, raza blanca que desde Enero de 1982, comenzó a presentar -- aumento de volumen progresivo de región parotídea derecha. Con el diagnóstico de tumor de parótida fué operado. Se realizó parotidectomía derecha y biopsia de dicha tumoración que se informó como linfoma linfocítico primario de parótida.

Recibió tratamiento radiante, 4000 radiaciones sobre el lecho tumoral. En la actualidad el paciente se encuentra vivo y controlado 3 años después.

CASO No. 3

Paciente M.C.C., H.C. 36856, de 55 años, sexo masculino, raza blanca que en Abril de 1981, comenzó a presentar aumento de volumen de región submaxilar izquierda la cual fué progresando paulatinamente.

Al exámen físico se encontró una tumoración - submaxilar izquierda de 4 cm., de diámetro, dura y -- poco movable. Con el Dx. de tumor de glándula submaxilar se le realizó exéresis quirúrgica. El diagnóstico anatomopatológico fue de linfoma histiocítico de glándula submaxilar.

Posterior al tratamiento quirúrgico recibió - tratamiento con 4,000 radiaciones sobre el lecho tumoral.

En la actualidad, 4 años después el paciente se encuentra vivo y controlado.

CASO No. 4

Paciente C.G.M., H.C. 41453, sexo femenino, -

raza blanca, que en Febrero de 1984, comenzó a presentar aumento de volumen de parótida derecha fué vista fuera de nuestro centro y se le diagnosticó tumor de parótida. Con este criterio se le realizó biopsia de la tumoración. El Dx. histológico fue de linfoma histiocítico. El resto de los estudios realizados y el exámen físico fueron negativos.

La paciente fué remitida a nuestro centro para completar el tratamiento radiante, pero la misma no acudio hasta Abril de 1985. En esos momentos la paciente presentaba adenopatías cervicales y supraclaviculares derechas, ganglio epitroclear derecho y una imagen nodular en la base del pulmón derecho. Se realiza exéresis de uno de los ganglios afectados y el diagnóstico anatomopatológico fue de linfoma histiocítico difuso.

Por estar la enfermedad diseminada se le administró tratamiento sistémico poliquimioterápico (OPP) y desaparecieron todas las lesiones en el segundo ciclo, incluyendo las pulmonares. La paciente se mantiene bajo tratamiento y controlada.

Tanto en esta paciente como en las anteriores se realizaron estudios exhaustivos, hasta donde nos permitieron nuestros recursos en busca de la presencia de la enfermedad en otras localizaciones. En los 3 primeros casos presentados los estudios realizados (tórax exámen óseo, linfografía y medulograma) y el exámen físico fueron negativos. En la última paciente las manifestaciones sistémicas de la enfermedad aparecieron meses después del diagnóstico inicial. Todo esto confirma que los casos aquí presentados son linfomas primitivos de glándulas salivales.

DISCUSION :

Los linfomas restringidos a las glándulas salivales son infrecuentes. Dentro de este grupo casi todos ocurren en la parótida y sólo tres posibles casos han sido informados en la glándula submaxilar. Tal como ocurre en nuestra pequeña serie , 3 casos son linfomas primitivos de glándula parótida y uno submaxilar. La presencia común de ganglios linfocíticos y de agregados linfoides de dicha glándula, los cuales están ausentes en las glándulas submaxilares y sublinguales.

Los linfomas que con más frecuencia se presentan como tumores localizados, a menudo extraganglionares, son linfocíticos pobremente diferenciados difusos y los histiocíticos. En nuestra serie , 2 casos fueron linfomas linfocíticos pobremente diferenciados y 2 linfomas histiocíticos.

La sobrevivida de éstos pacientes es larga. En los registros en los cuales hay información sobre el seguimiento, los pacientes tienen una larga supervivencia. Grafe y Lober informaron sobre 2 pacientes vivos 7 y 8 años después del diagnóstico y sin evidencia de enfermedad. En general, el 92% de los casos informados en la literatura están vivos y sin evidencia de linfoma 2 a 8 años después del diagnóstico.

El buen pronóstico de estos pacientes creemos que está en relación con que estos casos están en etapa I. Como sabemos los linfomas en esta etapa tienen un pronóstico relativamente bueno con una supervivencia de 2 años el 92% y de 4 años el 85% .

En forma general los linfomas confinados a un sólo sitio extraganglionar tienen una mejor evolución-

que los linfomas en general, ya que estos se comportan en muchos casos como un tumor unifocal, localizado a una región y que es potencialmente curable con tratamiento quirúrgico y radiante.

El comportamiento de estos casos es similar a lo anteriormente expuesto, ya que los mismos están vivos 2, 3, 4, y 7 años después del diagnóstico. En un sólo paciente hubo diseminación de la enfermedad por la no realización del tratamiento adecuado después del diagnóstico. Esta paciente está aún bajo tratamiento poliquimioterápico y en remisión completa. En el resto de los pacientes no hay evidencia de la enfermedad.

TUMORES DE LA GLANDULA SUBMAXILAR

DRES. DAVID SIMKIN, OSVALDO GONZALEZ AGUILAR, MAAC Y -
CESAR FONTANILLO.

DE LA SECCION DE CABEZA Y CUELLO, SANATORIO GUEMES / -
HOSPITAL PRIVADO Y DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE ONCOLOGIA
BUENOS AIRES.

Se presentan 37 pacientes portadores de tumores malignos y benignos de la glándula submaxilar. Se hace mención del alto porcentaje de tumores malignos. Se relata la metodología del estudio y el tratamiento de elección en las diferentes formas anatómicas. Se realiza un estudio pormenorizado en cuanto al tratamiento, estadio y anatomía patológica, relacionado con la evolución de estos pacientes.

Es sabido que las principales afecciones de la glándula submaxilar son la inflamatoria y la litiásica, quedando relegada la tumoral, contrariamente a lo que acontece en la glándula parótida, de ahí que la incidencia llegue a ser entre el 6 y 10%, de todos los tumores de las glándulas salivales. A su vez son menos frecuentes en 9 veces, que los registrados en la glándula parótida y la mitad de lo observado para todos los tumores de las glándulas salivales menores.

Respecto a la histología de los tumores benignos, resulta que el más frecuente es el adenoma pleomorfo, con un porcentaje que oscila entre el 50 y el 100%, mientras que en los malignos es claro el predominio del carcinoma adenoquistico entre el 31 y 47%.

El objeto de este trabajo es presentar la experiencia que sobre 37 tumores de la glándula

submaxilar, se ha recogido en los últimos 8 años.

En el período comprendido el primero de junio de 1978 y el primero de junio de 1986, se han tratado, 237 pacientes afectados de patología de la glándula - submaxilar.

PATOLOGIA HALLADA EN LA GLANDULA SUBMAXILAR :

=====

Tumores benignos operados	19
Tumores malignos operados	18
litiasis submaxilares operadas	49
Submaxilitis operadas	25
Litiasis submaxilares no operadas.....	32
Submaxilitis no operadas	<u>94</u>
T O T A L	
237	

=====

De los 37 tumores intervenidos quirúrgicamente, 19 resultaron benignos y 18 malignos. La edad para los primeros fué variable entre 22 y 63 años, con una mayor incidencia en la tercera y sexta décadas de la vida. Se observó predominio del sexo femenino tanto en los tumores benignos 12/7, como en los malignos 10/8 .

La sintomatología en los benignos fué aparición de un tumor de crecimiento lento e indoloro. Sus características a la palpación pueden inducir a sospechar sobre su histología, dado que los adenomas pleomorfos son duros y bien delimitados, mientras los lipomas son blandos y difusos, y los quísticos de consistencia rentente.

En lo que respecta a los tumores malignos, -

9 pacientes se presentaron con tumor como único signo, no pudiendo sospecharse por el mismo diagnóstico de malignidad, mientras que en los 9 restantes el diagnóstico de certeza y/o presuntivo existió antes de la intervención quirúrgica, ya sea por ser recidivados ó por presentar metástasis ganglionares.

Entre los métodos auxiliares se han utilizado radiografías simples, sialografías, ecografías y punción con aguja fina, siendo todos de utilidad relativa

El tratamiento de los tumores benignos fué siempre la submaxilectomía por vía externa, según la técnica que describieron Finochietto y Yoel. No se realizó la resección del Wharton con fístulo-extractor como lo preconizara este último autor en 1962. En los tumores malignos se han realizado 8 submaxilectomías, 7 operaciones ampliadas a los ganglios del cuello, agregándose en otra, una hemimandibulectomía por compromiso óseo. En los dos pacientes restantes sólo se hizo una biopsia diagnóstica por hallarse el cuello congelado.

En la serie no se registran complicaciones, así en cambio secuelas por infiltración neoplásica de la rama inferior del facial en un caso del hipogloso en otro.

No se registraron recurrencias en los tumores benignos. Los resultados a distancia de los tumores malignos muestran una sobrevida menor de 5 años en 7 pacientes, 6 de ellos sin evidencia de enfermedad y 1 (uno) cursando con metástasis pulmonares; 3 pacientes sobreviven más de 5 años, 2 de ellos libres de enfermedad y uno con metástasis pulmonares desde 1984, tratado con citolíticos. De los 8 enfermos restantes, uno falleció 7 años después de la primera operación con

metástasis supraclaviculares y cerebrales y otro después de 2 años. Se desconoce la evolución de los otros 5, a los cuales se les da por fallecidos.

RESULTADOS :

Los resultados obtenidos de acuerdo al tratamiento realizado fueron los siguientes :

- a).- De los 8 pacientes en los que se realizó submaxilectomía como única intervención, 3 se encuentran libres de enfermedad entre 3 y 6 años, uno cursa con metástasis en pulmón, otro falleció con metástasis supraclaviculares y cerebrales y se ignora la evolución de los tres restantes.
- b).- De los 7 casos en que se realizó vaciamiento del cuello sobreviven 5, uno más de 7 años, otro más de 2 años y los 3 restantes menos de un año. Los dos casos que restan fallecieron después de 2 años.
- c).- De los 2 enfermos a quienes se practicó biopsia como única intervención, se ignora sus evoluciones.

Los resultados obtenidos según el estadio de la enfermedad fueron los siguientes :

- a).- De los 9 enfermos con tumor como único signo, 3 eran T1 sobreviviendo libres de enfermedad, entre 1 y 6 años, 4 eran T2 sobreviviendo entre 1 y 3 años, 2 de ellos, falleció uno después de 2 años y el restante se ignora su evolución. Uno era T4 sobreviviendo más de 3 años con metástasis pulmonares, finalmente un tumor metastásico de primario en riñón, se ignora su evolución.

b).- De los 4 enfermos recidivados, uno lleva 3 años libre de enfermedad, uno tiene 7 años aunque cursa con metástasis pulmonares, uno falleció con metástasis supraclaviculares y cerebrales y del que resta se ignora su evolución.

c).- De los 5 pacientes con tumor más metástasis cervicales, uno con T1 y N1, lleva 7 años libre de enfermedad, mientras los 3 restantes, uno falleció a los 2 años y de los otros 2 se ignoran sus evoluciones.

Los resultados obtenidos en relación a la histología fueron los siguientes :

a).- De los 8 pacientes con carcinomas adenoquisticos, 4 sobreviven libres de enfermedad entre 1 y 5 años, 2 cursan con metástasis pulmonares con una sobrevida de entre 3 y 5 años, el 7mo. falleció más allá de los 2 años con metástasis pulmonares, y el 8vo. también lo hizo después de 7 años con metástasis supraclaviculares y cerebrales.

b).- De los tres pacientes con carcinomas seminiferenciados, 2 sobreviven libres de enfermedad entre 2 y 7 años y en uno se ignora la evolución.

c).- De los tres con carcinomas indiferenciados, uno falleció a los 2 años y los dos restantes se ignoran la evolución.

d).- El enfermo con carcinoma de células acinares sobrevive libre de enfermedad y ha pasado menos de un año.

e).- El paciente con carcinoma mucoepidermoide sobrevive libre de enfermedad y ha pasado menos de un año.

- f).- En el caso del adenoma pleomorfo malignizado se ignora su evolución.
- g).- En el caso del tumor metastásico de células claras se ignora su evolución.

DISCUSION :

Si se analizan las grandes series de la bibliografía se puede concluir que a excepción de la de Spiro, la de Naunton Morgan y la de Belson, todos muestran un franco predominio de los tumores benignos sobre los malignos. Sin embargo en nuestra casuística se demuestra que el 49% de los casos fueron malignos.

La mayor incidencia de estos tumores ocurre, en la 5a. década de la vida en la serie de la Mayo - Clinic, observándose edades avanzadas para los tumores malignos. Es así como el M.D. Anderson registra su prevalencia entre los 33 y 83 años y Pilheu entre los 42 y 65 años. La serie presentada permite señalar que los tumores benignos aparecen indistintamente entre la 3a. y 7a. décadas de la vida observándose una prevalencia de los tumores malignos en la 5a. y 6a. décadas de la vida.

Con respecto al sexo se observa un predominio en el femenino, en los tumores benignos, mientras que en los malignos el porcentaje es casi similar para ambos sexos, hecho en general coincidente con lo observado por la mayoría de los autores a excepción de Yoel y Appiani, quienes señalan el predominio del sexo masculino en un porcentaje del 51.94 y 60%, respectivamente.

Se han descrito diversos factores de riesgo, entre los cuales se destacan radiaciones previas por

otras patologías, y el cáncer de piel principalmente - en hombres. Cabe destacar también la observación de - Belson, por la cual vincula el cáncer de mama con el - submaxilar, indicando incluso la posibilidad de la - - hormonodependencia. Ninguno de estos factores ha podido ser demostrado en la casuística presentada.

La forma de la presentación clásica de los - tumores benignos es la de un tumor de crecimiento lento y asintomático, en cambio los tumores malignos crecen más rápidamente, infiltran y comprometen estructuras vecinas, como mandíbula y piso de boca, siendo - - estos casos coincidente con extensión ganglionar a - cuello. Tanto el compromiso óseo como el neural, así como el dolor, que en la Mayo Clinic fué del 38% de - los casos, son índices de mal pronóstico.

Respecto a los métodos auxiliares de diagnós- - co, las opciones son diversas, así por ejemplo, hay - coincidencias generalizadas que la sialografía es un - método hoy día superado, no así la ecografía y la punción con aguja fina, métodos estos que arrojan los mejores resultados diagnósticos preoperatorios.

Existe acuerdo generalizado entre la mayoría - de los autores en el sentido de que el tratamiento de los tumores benignos consiste en la submaxilectomía. - Los 19 tumores benignos submaxilectomizados, lo fueron por vía externa, no se usó en ningún caso la vía intra oral propuesta por Yoel y por Bourghet, por considerarla técnicamente difícil, con mayor porcentaje de complicaciones, hemorragias y hematomas, teniendo como - única razón justificable para su realización el no - - dejar cicatriz visible.

En el cáncer se han realizado en cantidades - iguales submaxilectomías y operaciones ampliadas. Las-

submaxilectomías se realizaron tumores pequeños, donde no existía la sospecha de cáncer cuando por infiltración local, había comprometido óseo demostrado radiológicamente o por extensión ganglionar existió firme presunción de cáncer, la biopsia por congelación fué la regla tal como lo propone Conley, siendo la conducta de elección el vaciamiento de cuello o en " Monoblock" con maxilar inferior, como lo expresan la mayoría de los autores.

La cobaltoterapia ha ganado adeptos en los últimos tres años ya que combinada con la cirugía ha mejorado la expectativa de vida de estos enfermos. Tanto en el M.D. Anderson, en el memorial de Nueva York, como en la Universidad de California, se han logrado beneficios. Existen no obstante trabajos que objetan la radiosensibilidad del carcinoma adenoquistico no así la del cáncer mucocépidermoideo. Los seis casos irradiados muestran una sobrevida entre 1 y 4 años en tres pacientes, otros 2 fallecieron y el restante se ignora su evolución.

La quimioterapia carece de campo de acción en estos tumores, aunque en estadios avanzados la combinación de cisplatino, bleomicina y metrotexate, ha mejorado la sintomatología que padecen estos enfermos. Sólo recibieron un plan de quimioterapia complementario a la cirugía, en uno se asocio a timoestimulina, lográndose una sobrevida de 7 años, aunque con metástasis pulmonares desde 1984 y el otro falleció con metástasis supraclaviculares y cerebrales a los 7 años.

La existencia de 15 adenomas pleomorfos sobre 19 tumores benignos habla de la frecuencia del mismo en relación con otras formas histológicas. Otras

variedades monomórficas como el oncocitoma, el mioepiteloma y el adenoma congénito son raras y no se registran en esta serie.

Es conocida la tendencia a hacer metástasis - que tiene esta variedad histológica, en una proporción mayor a la que acontece en la parótida, así sólo el 10% hacen metástasis cervicales cuando se alojan en la parótida, mientras en la submaxilar alcanza el 34% - esta tendencia se debe más a la contigüidad que a una embolia sanguínea, aunque en ninguna debe descartarse.

Si bien el seguimiento de los tumores benignos no registran recidivas y dado que la estadística - corresponde a los últimos 8 años, el tiempo es breve - para aseverar ausencia de recurrencias en los 19 - - pacientes operados. En la serie de Eneroth sobre 95 - tumores mixtos sólo el 5.5% recidivó, todos ellos por operaciones insuficientes y la transformación maligna apenas alcanza a 3 casos.

En cuanto a la sobrevida de los tumores malignos, debe señalarse que el mejor pronóstico es el - de células acinares, siguiendo en orden el mucoepidermoide, el adenoquístico y el mixto maligno. Hickman en un estudio cooperativo sobre 2.298 tumores malignos - seguidos durante un período de 5 a 10 años, observó - una sobrevida de 82 y 68% para el primero, 17 y 50% - para el segundo, 62 y 39% para el tercero y 56 y 31% - para el cuarto.

El comportamiento de los casos observados - demuestra que tanto el metastásico como el adenoma - - pleomorfo malignizado son de pronóstico omniOSO, mientras el adenoquístico tienen una mejor sobrevida a largo plazo, aunque la marcada tendencia a hacer metástasis pulmonares, el segundo con superclaviculares y - -

cerebrales.

CONCLUSIONES :

- 1).- El tumor benigno más frecuente es el adenoma pleomorfo y en maligno el carcinoma adenoquístico.
- 2).- Los tumores malignos de la glándula submaxilar son sensiblemente menos frecuentes y de peor pronóstico que los de la parótida.
- 3).- La punción con aguja fina y la exografía son los procedimientos auxiliares de diagnóstico preferidos en la actualidad.
- 4).- El tratamiento de elección en tumores benignos es la submaxilectomía y en los malignos el vaciamiento del cuello.
- 5).- La timoestimulina ha contribuido en los últimos años a mejorar el porvenir del cáncer submaxilar.
- 6).- La quimioterapia no tiene campo propicio en esta afección.
- 7).- Tanto el estadio, como la variedad histológica y el tipo de cirugía empleada, mejoran o ensombrecen la supervivencia de estos pacientes.

PREVALENCIA DE TUMORES ORALES Y ALTERACIONES EN GLANDULAS SALIVALES Y AMIGDALAS : REVISION DE INFORMES QUIRURGICOS

El estudio de los tumores de la cavidad bucal y estructuras adyacentes constituye un aspecto importante dentro de la odontología por el papel que desempeña el cirujano dentista en el diagnóstico y tratamiento, independientemente de la frecuencia con que se presenten en la práctica general, principalmente por la variedad histopatológica y comportamiento biológico de los mismos.

El escaso o nulo conocimiento sobre el tema es lo que ocasiona un tardío y/o errado diagnóstico que se traduce, por lo general, en un tratamiento deficiente. Esto es causa muchas veces de la muerte de un alto porcentaje de pacientes e influye en forma importante en el pronóstico y movilidad de dichas alteraciones.

No es frecuente que un cirujano dentista encuentre en la práctica diaria algún tipo de tumoraciones en la cavidad oral, pero es de suma importancia que esté familiarizado con estas para que llegado el caso pueda realizar el tratamiento adecuado.

Primeramente, la decisión más importante que puede hacerse sobre tumoración es saber reconocer si ésta es benigna o maligna. Aquí la responsabilidad que tiene el cirujano dentista es determinante en lo que es necesario que posea los conocimientos suficientes de patología que le permitan conocer y valorar las alteraciones tumorales que se le presenten.

DEFINICION :

Un tumor, es por definición, una hinchazón -

del tejido; en sentido estricto de la palabra no implica un proceso neoplásico sin embargo, para el propósito del siguiente trabajo es menester señalar que el término neoplasia es un fenómeno biológico mal entendido, que en algunos casos no puede ser diferenciado de otros procesos o reacciones tisulares. Así tenemos que la neoplasia suele considerarse como una neoformación independiente e incoordinada de tejido que es parcialmente capaz de proliferar ilimitadamente y que no cede una vez eliminado el estímulo que produjo la lesión.

Otra definición de tumor, es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede de los tejidos normales y no guarda coordinación con el mismo, que persiste con el mismo carácter de exceso cuando ha cesado el estímulo que sustró su aparición.

MATERIAL Y METODO :

- 1).- Se efectuó una revisión de los informes quirúrgicos de cabeza y cuello, existen en el departamento de Anatomía patológica del Hospital General - " Dr. Manuel Gea González " de la S.S.A.
- 2).- El propósito del estudio es el de obtener estadísticamente la frecuencia con que se presentan las neoplasias y tumores orales, así como las alteraciones de las glándulas salivales.
- 3).- La revisión abarco un período de seis años, comprendido del primero de enero de 1981 al 31 de diciembre de 1986.
- 4).- Se revisaron 101 libros, los cuales contenían un total de 21 mil 131 biopsias, de las que 969 correspondieron al estudio especificado.
- 5).- Los datos incluidos en la revisión fueron: Edad, sexo, diagnóstico clínico y diagnóstico anatomopatológico.

tológico.

6).- En vista de que no existen diferentes clasificaciones en relación con este tipo de neoplasias y alteraciones, se seleccionó la de la Organización Mundial de la Salud con la cual se tabuló.

ANALISIS DE RESULTADOS :

En los cuadros 1, 2, y 3, con la gráfica 1, determinan que la mayor coincidencia de los tumores benignos, pseudotumores y tumores malignos corresponden al quiste mucoso, el cual se presenta más en el sexo femenino ocupando el primer término. El adenoma folicular en segundo término y el tumor mucoepidermoide, que puede presentar diferentes tipos de malignidad, en tercer término.

El quiste mucoso tiene su mayor incidencia de los 6 a los 25 años en ambos sexos, el adenoma folicular presenta una mayor incidencia dentro de las edades de 26 a 45 años y el tumor mucoepidermoide dentro de los 50 años en adelante, ocupando así el tercer lugar :

CUADRO No. 1

FRECUENCIA DE TUMORES BENIGNOS EN GLANDULAS SALIVALES

C I E	MASCULINO	%	FEMENINO	%	T O T A L	%
210.2 ADENOMA FOLICULAR.	01	11.1	07	77.7	08	88.8
210.2 ADENOMA PLEOMORFICO DE PAROTIDA	<u>00</u>	<u>0.0</u>	<u>01</u>	<u>11.1</u>	<u>01</u>	<u>11.1</u>
T O T A L	01	11.1	08	88.8	09	100.0

• C I E : CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES DE LA OMS.

CUADRO No. 2

FRECUENCIA DE PSEUDOTUMORES EN GLANDULAS SALIVALES

C I E	MASCULINO	%	FEMENINO	%	T O T A L	%
528.9 MUCOCELE	02	6.7	03	10.3	05	17.0
527.6 PANULA	03	10.3	00	0.0	03	10.3
528.5 QUISTE MUCOSO	05	17.2	09	31.0	14	48.2
686.1 GRANULOMA - - PIGGENO	<u>03</u>	<u>10.3</u>	<u>04</u>	<u>13.8</u>	<u>07</u>	<u>24.1</u>
T O T A L	13	44.9	16	56.1	29	100.0

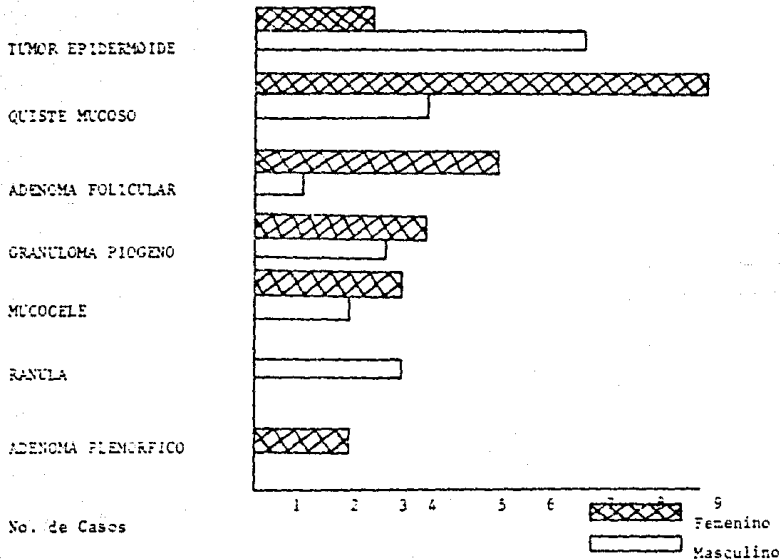
CUADRO No. 3

FRECUENCIA DE TUMORES MALIGNOS EN GLANDULAS SALIVALES

C I E	MASCULINO	%	FEMENINO	%	T O T A L	%
142.9 TUMOR EPIDER MOIDE.	<u>07</u>	<u>77.7</u>	<u>02</u>	<u>22.2</u>	<u>09</u>	<u>99.0</u>
T O T A L	07	77.7	02	22.2	09	100.0

GRAFICA 1

Frecuencia de tumores benignos, pseudotumores y tumores malignos en glándulas salivales en ambos sexos.



El cuadro 3 y la gráfica 2 muestran las diez principales alteraciones benignas de cavidad oral en las cuales observamos que el fibroma es el de mayor índice siguiendo el papiloma y el hemangioma que pertenecen al grupo de lesiones benignas de cavidad oral. El quiste mucoso, el granuloma piógeno y el adenoma folicular que pertenecen al grupo de lesiones benignas y pseudotumores de glándulas salivales, al igual que las otras alteraciones descritas, son en su aparición las de más prevalencia.

El cuadro 4 de la gráfica 3 reflejan la incidencia existente entre los tumores benignos y malignos de la cavidad oral al igual que de las glándulas salivales, en los cuales los tumores benignos se hallan con más frecuencia dentro de las edades de 10, 40, y 50 años, mostrando con esto que existe con mayor incidencia en la edad adulta, los tumores de origen maligno también tienen mayor frecuencia entre los 50 años.

Dentro de las alteraciones que afectan a las glándulas prevalecen las comprendidas entre los 30 a 50 años de edad ocurriendo nuevamente que la edad adulta, es la más afectada.

Con relación a las lesiones benignas se observa que el sexo femenino es el más afectado, aclarando que quizás sea éste el que más acude al servicio del hospital, lo que podría justificar la gran diferencia existente entre ambos sexos.

En relación a las glándulas salivales, llama la atención que el adenoma folicular es la neoplasia benigna con mayor prevalencia, relegando así al adenoma pleomorfo a segundo término.

La estadística como herramienta para la investigación, es para el cirujano dentista de gran importancia

y utilidad ya que le permite obtener información que -
podrá analizar e interpretar gracias a los diferentes
métodos existentes así como le ayudará a planificar, -
ejecutar y evaluar los recursos con los que se cuentan
para el tratamiento integral del paciente.

CUADRO No. 4

DIEZ PRINCIPALES ALTERACIONES DE ORIGEN BENIGNO MAS FRECUENTES
EN CAVIDAD ORAL

No. DE ORDEN	ALTERACION	No. DE CASOS	%
1	FIBROMA	22	22.2
2	PAPILOMA	17	17.6
3	HEMANGIOMA	15	15.1
4	QUISTE MUCOSO	14	14.1
5	ADENOMA FOLICULAR	8	8.0
6	GRANULOMA PIOGENO	7	7.0
7	MUCOCELE	5	5.0
8	QUISTE DE RETENCION	4	4.0
9	QUISTE DENTIGERO	4	4.0
10	RANULA	<u>3</u>	<u>3.0</u>
TOTAL		99	100.0

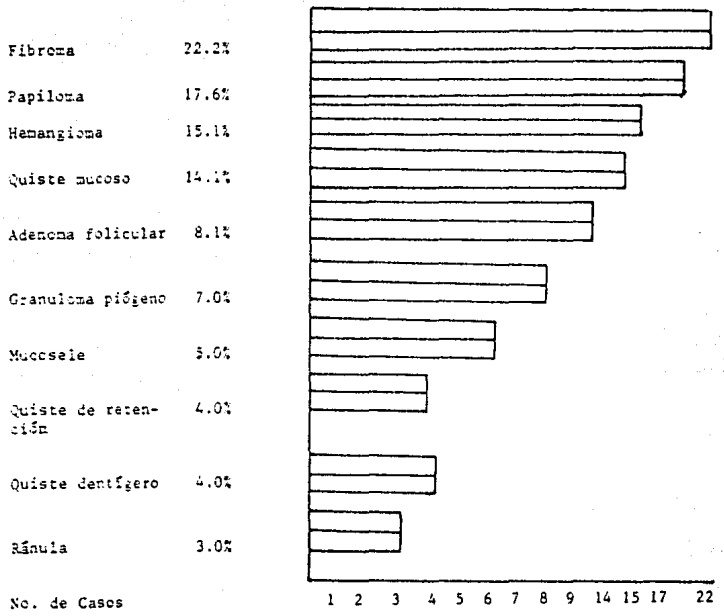
CUADRO No. 5

DISTRIBUCION POR EDADES DE TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS EN
CAVIDAD ORAL Y GLANDULAS SALIVALES

	TOTAL	%	05	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40
TUMOR ORAL BENIGNO	73	65.8	2	8	10	8	5	9	1	9
TUMOR ORAL MALIGNO	20	18.0	1	3	2	1	-	-	-	-
TUMOR GLANDULA SALIVAL BENIG- NO	9	8.1	-	1	-	-	-	1	2	2
TUMOR GLANDULA SALIVAL MALIG- NO.	9	8.1	-	2	-	-	-	-	-	-
T O T A L	111	100.0	3	14	12	9	5	10	3	11

Gráfica 2

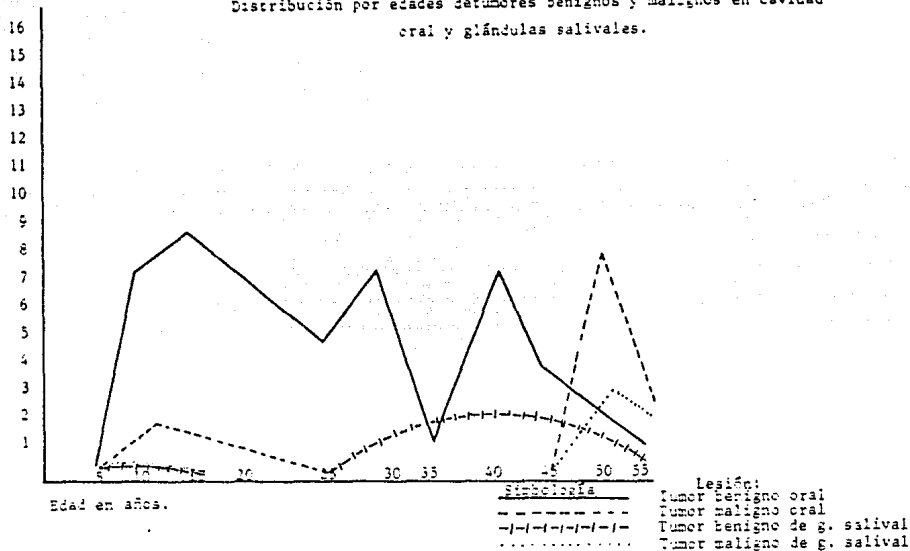
Diez principales alteraciones de origen benigno más frecuentes en cavidad oral.



No. de Casos.

GRAFICA 3

Distribución por edades de tumores benignos y malignos en cavidad oral y glándulas salivales.



TUMORES DE LAS GLANDULAS SALIVALES MENORES INTRAORALES :
UN ESTUDIO DEMOGRAFICO E HISTOLOGICO DE 426 CASOS.

CHARLES A. WILDRON, SAMIR K. EL-MOFTY, Y DOUGLAS R. -
GNEPP.

SCHOOL OF DENTAL MEDICINE, WASHINGTON UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE, SY LOUIS UNIVERSITY.

En un estudio demográfico e histológico de -
426 casos de tumores de las glándulas salivales menores, el 57.5% fué clasificado como benigna y el 42.5%, fué clasificado como maligna o potencialmente maligna. Hubo una preponderancia que abarca a mujeres. La edad media para mujeres fué 53.1 años y para los hombres - fué 50.6 años. La edad media para pacientes con tumores malignos fué 5.4 años más grande que los pacientes con tumores benignos y fué estadísticamente significativo. El paladar fué el lugar más común de tumores de - las glándulas salivales orales seguida por el labio superior y la mucosa bucal. Estos tres lugares - dan cuenta del 76.1% de todos los casos. El adenoma - pleomórfico fué el tumor benigno más común (41% de todos los casos y 71% de tumores benignos) seguido del - adenoma monomórfico del tipo basal celular (10% de todos los tumores y 18.9% de lesiones benignas).

El carcinoma mucoceludermóide fué el tumor maligno más comúnmente encontrado, dando cuenta de 15.2% de todos los tumores malignos y 35.9% de lesiones malignas. El adenocarcinoma inferior segundo tipo más - común, formando el 11% de todos los tumores y 26.4% de todos los tumores malignos. Los resultados de este estudio son comprobados con otros estudios recientes.

Los tumores de las glándulas salivales orales menores son generalmente establecidos por dar razón - acerca del 15% de todas las neoplasias de las glándulas salivales. A pesar de su relativa rareza en términos del número total de casos acrecentaron en más servicios de patología oral en Hospital Quirúrgico, los tumores de las glándulas salivales menores persisten - para generar interés considerable. Cada una en - - - particular de las nuevas entidades han sido recientemente descritas, y los criterios histológicos para el diagnóstico de muchos tumores bien determinados han - sido redefinidos.

Han sido sin embargo, relativamente pocos reportes de un número grande de casos presentando datos demográficos y reportando la frecuencia relativa de - los varios tipos histológicos de éstas lesiones.

El reporte de CHANDHRY y colaboradores es la serie más grande reportada para nuestro conocimiento .

En este estudio sin embargo, solamente 94 de los 1414 casos fueron analizados histológicamente por los autores, y los 1320 casos restantes fueron recopilados de la literatura.

Estudios recientes tienen documentados la distribución de series de tumores de glándulas salivales menores observados en diferentes Países, como los datos de estos estudios recientes.

TABLA 1.

CLASIFICACION HISTOLOGICA DE 426 CASOS DE TUMORES
DE GLANDULAS SALIVALES MENORES.

BENIGNOS	No. DE CASOS
ADENOMA PLEOMORFICO -----	174
ADENOMA MONOMORFICO -----	46
BASAL CELULAR -----	
CISTADENOMA -----	20
SIALDENOMAPAPILIPERUM -----	5
BENIGNOS TOTALES -----	245 (57.5% BENIGNOS).
=====	
MALIGNOS O POTENCIALMENTE MALIGNOS	No. DE CASOS
CARCINOMA MUCOEPIDERMIOIDE -----	65
ADEOCARCINOMA INFERIOR -----	47
CARCINOMA ADENOQUISTICO -----	40
TUMOR MALIGNO MIXTO -----	6
CARCINOMA CELULAR TRANSPARENTE -----	2
CARCINOMA MISCELANEO -----	6
MALIGNOS TOTALES -----	181 (42.5% MALIGNOS).
CASOS TOTALES -----	426
=====	

Parecen estar en desacuerdo con nuestra impresión con respecto a la frecuencia y distribución de los varios tipos histológicos de los tumores de glándulas salivales menores, nosotros emprendimos una revisión de una amplia colección de cada lesión. Creemos que estas series dan una aproximación segura de la frecuencia relativa de varios tipos histológicos encontrados en la población general.

MÉTODOS Y MATERIALES :

Los 426 tumores de glándulas salivales menores que formaron este estudio fué obtenido de las siguientes fuentes :

82 casos de los archivos Department of Oral Pathology of the Washington University School of Dental Medicine.

28 casos of Department of Pathology of the St. Louis University School of the Medicine y .

316 casos de otros servicios de patología oral como parte de un análisis de un programa de intercambio aparecido corriente en marcha.

La información con respecto a la edad del paciente, sexo y localización anatómica del tumor fué aprovechable en 98.1% de los casos y dos de los tres artículos fueron conocidos. Los datos raciales fueron aprovechables en 160 casos.

TABLA II.

DISTRIBUCION DE EDAD DE 424 PACIENTES CON TUMORES
DE GLANDULAS SALIVALES MENORES.

EDAD AÑOS	NO. DE TUMORES BENIGNOS	NO. DE TUMORES MALIGNOS
0 -19	1	0
10 -19	12	3
20 -29	29	11
30 -39	43	23
40 -49	25	28
50 -59	37	33
60 -69	51	40
70 -79	28	30
80 -89	11	6
90 -99	0	3
100- +	1	0
EDAD	5	4
TOTAL	243	181

+ Dos pacientes con adenomas monomórficos tuvieron tumores sincrónicos.

Se paso a teñir con hematoxilina y cuando -
estuvieron aprovechables para análisis en cada caso, -
teñidos especiales como musicarmin y ácido-schiff pe-
riódico fué presentable en pocas instancias. Las co-
rrientes fueron analizadas independientemente por cada
autor.

Completa coincidencia de diagnóstico por - -
todos los autores fué hasta en 346 casos (83.3%). En -
49 casos (11.5%), fueron menores los desacuerdos para
subclasificación, esto es, adenoma pleomórfico contra
adenoma monomórfico, sistadenoma contra quiste del dug
to mucoso, carcinoma adenoquistico contra carcinoma -
pleomórfico lobular. Significantes desacuerdos relaciona
dos a la clasificación de benignos contra malignos, en
21 casos (5.0%). Todos los casos en que hubo desacuer
dos entre los autores fueron analizados conjuntamente
y en concenso de diagnóstico fué acordado.

Los diagnósticos de los autores después de -
analizados fueron comprobados con los diagnósticos de
la contribución de patólogos en los 316 casos obteni
dos de otros servicios y con los diagnósticos en ar
chivo en nuestros departamentos respectivos en los 110
casos restantes. Hubo completo acuerdo en 374 casos -
(90.1%). Menores desacuerdos con respecto a la clasifi
cación o terminología fué mostrado en 29 casos (6.9%).
En solamente 12 casos (2.8%), hubo un desacuerdo signi
ficante entre los diagnósticos de los autores y aqué
llos de la contribución de patólogos. Los datos presen
tados por este reporte son basados en el concenso de -
diagnósticos de los tres autores.

RESULTADOS.

CLASIFICACION HISTOLOGICA :

Un número de clasificaciones de tumores de glándulas salivales han sido propuestos, pero solamente simples esquemas aparecidos para ser aceptados universalmente. La mayoría de estas clasificaciones resultan del perfil general propuesto por Foote y Frazell en 1953, aún cuando los sistemas diferentes varían poco en subclasificación de ciertos grupos tales como adenomas monomórficos y adenocarcinomas. En la clasificación WHO, los tumores mucocpidermoides y células acinares son clasificados aparte de otros carcinomas de glándulas salivales con la implicación de que no todos estos tumores son malignos. En los Estados Unidos, sin embargo, estos tumores son considerados generalmente para ser malignos y son clasificados como carcinomas.

En este estudio, adenomas pleomórficos, adenomas monomórficos, cistadenomas fueron considerados para ser tumores de glándulas salivales benignos. Los tumores restantes fueron clasificados como malignos o potencialmente malignos.

La distribución de los 426 tumores, de acuerdo al tipo histológicos es mostrado en la tabla I. Los criterios usados para los diagnósticos son de aceptación general y serán discutidos en mayor detalle en la discusión de los tipos de tumores individuales. Los tumores de las glándulas salivales benignas se tienen el 57.5% de los casos en éstas series. Los tumores clasificados malignos o potencialmente malignos se consideraran el 42.5% de las series. Hubo una predominancia -

de mujeres (mujeres por hombres proporción, 1.59/1), - la cual fué notable en ciertas características y categorías diagnósticas. Los pacientes variaron en edad de 8 a 100 años. La edad media de pacientes mujeres 53.1 años y la edad media para los pacientes con tumores - benignos fué 49.8 años y para pacientes con tumores - malignos fué de 55.2 años de los 160 casos en los cuales la raza de los pacientes fué conocida, 135 blancos (84.3%), y 25 fueron negros (15.7%). Como la raza de los pacientes fué conocida en 61.4% de los casos, no - más análisis de este factor fué comprendido.

El paladar fué el lugar más común de complicación (42.5% de los casos), seguido por el labio superior (18.5% de todos los casos), y la mucosa bucal - (15% de todos los casos). Estos tres sitios hubo la - localización del 76% de los tumores en este estudio. Los tumores se presentaron en el labio superior y vestibulo maxilar fueron predominantemente benigno, considerando aquéllos localizados en el labio inferior, - el piso de la boca, y el área retromolar fué usualmente maligno.

DISCUSION :

La localización anatómica de tumores de glándulas salivales orales menores (TGSOM) notado en el - presente estudio es consistente con aquella encontrada en estudios mayores, el paladar, el labio superior, y la mucosa bucal en los sitios predominantes y que se - localizan entre el 70% y 90% de todos los casos. El - paladar es el lugar más común y se considera entre el 42% y el 54% de casos en más estudios.

La proporción de TGSOM, benignos y malignos - en estudios más recientes es claramente similar con -

tumores benignos representando el 53% al 65% de los -
casos. Un alto porcentaje raramente de tumores benignos -
fue reportado en los 201 casos estudiados por - -
Isacsson y Shear, ellos atribuyen esto a la relativa-
mente alta porción de pacientes negros en su grupo de
estudio y estableció que los pacientes negros en Africa
del Sur son afectados por el adenoma pleomórfico -
3.5 veces más comúnmente que a las personas blancas. -
Por otro lado, Spiro reporto un 80% de incidencia de -
TGSOM malignos en una serie de 420 pacientes, aque- -
llos pacientes fueron tratados en un centro de cáncer.
Brodwill y colaboradores también notaron en 87% de in-
cidencias de TGSOM malignos en una serie de 100 pacien-
tes tratados en otro centro de cáncer. Nosotros pensa-
mos que la relativa incidencia de TGSOM benignas con-
tra malignas en el presente y otros estudios recientes
los cuales son basados en pacientes similares, es una
reflexión más exacta de la frecuencia de TGSOM benignos
contra malignos en la población general.

Más estudios indican que TGSOM son un poco -
más común en mujeres que en hombres. El presente estu-
dio indica una diferencia estadísticamente significan-
te en las edades entre hombres y mujeres con tumores -
benignos.

BIBLIOGRAFIA

PÉREZ MARTÍNEZ M.H. OVALLE CASTRO JW.

Práctica Odontológica, Vol. 9 Num. 3

Marzo 1988, pp. 22-27

SIMKIN D. GONZALEZ AGUILARO

Revista Argentina de Cirugía, Vol. 51 Num. 12

Julio - Agosto 1988, pp. 73-81

CACERES DIAZ CL. YEE SEURET S.

Revista Cubana de Odontología, Vol. 2 Num. 3

Septiembre - Diciembre 1988, pp. 327-331

CHARLES A. WALDON D.

Oral Pathology, Department of Oral Diagnostic -

Sciences University of Florida, College of - - -

Dentistry, Volume 66, Number 3, 3 pp. 323-332

SHAFER W. G.

Tratado de Patología Bucal

Ed. Interamericana, 4a. ed.

México, 1987.

KRUGER, GUSTAV A.

Tratado de Cirugía Bucal

Ed. Interamericana, 3a. ed.

México, 1987.

ORBAN

Histología y Embriología Bucales

Ed. Fournier

México, 1969.